https://dx.doi.org/10.22067/jgrd.2021.67407.1000
مقالهٔ پژوهشی- مطالعه موردی

مجلّهٔ جغرافیا و توسعهٔ ناحیه‌ای، سال هجدهم، شمارهٔ ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۹، شمارهٔ پیاپی ۳۵

تبیین راهبردهای توسعهٔ گردشگری پزشکی با رویکرد رقابت‌پذیری مقاصد (نمونهٔ موردی: استان فارس)

مسعود تقوایی (استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران)
m.taghvaei@geo.ui.ac.ir
سیده سمیه حسینی (پژوهشگر پسادکتری زیر نظر صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران با همکاری دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران، نویسنده مسئول)
sshosseini1361@gmail.com

صص ۲۳۸ ـ ۲۰۱

چکیده

دانش توسعهٔ گردشگری پزشکی با مزیت رقابتی به عنوان یکی از زیر بخش‌های مهم گردشگری هنوز محدود است با توجه به جایگاه و قابلیت‌های مهم صنعت گردشگری پزشکی ایران در منطقه، پژوهش حاضر با هدف تدوین تعیین‌کننده‌ها و ارائهٔ راهبردهای توسعهٔ گردشگری پزشکی با رویکرد رقابت‌پذیری مقاصد در قالب دهکدهٔ سلامت در کلان منطقه پنج سلامت (استان فارس) می باشد. در این مطالعه ترکیبی از روش‌های کیفی و کمی استفاده شد. در مرحلهٔ اول تحلیل محتوا به مثابه استراتژی تحقیق انتخاب و از نرم‌افزار MAXQDA 18 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد، سپس داده‌های گردآوری‌شده در قالب پرسش‌نامه و مصاحبه در اختیار خبرگان قرار گرفت و به نهایی‌شدن شاخص‌ها منجر شد. در مرحلهٔ دوم، شاخص‌های شناسایی‌شده، جهت ارزیابی وضعیت موجود منطقه با استفاده از تکنیک SWOT ، مورد بررسی قرار گرفت و با ترکیب دو تکنیک SWOT و DEMATEL فازی در راستای هدف تحقیق انواع راهبردها مشخص و با استفاده از تکنیک AHP

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۱۵ تاریخ تصویب:۱۴۰۰/۰۳/۰۳

اولویت‌بندی شدند. بر اساس چارچوبی از شاخص‌ها با رویکرد رقابت‌پذیری مقصد از جنبه‌های مختلف وضعیت موجود منطقه درراستای هدف تحقیق در قالب عوامل داخلی و خارجی و ارائهٔ راهبردها با رویکرد یکپارچه سازی خدمات دسته‌بندی و اولویت‌بندی شد. این پژوهش جهت رشد کیفی در جهانگردی پزشکی و ایجاد یک بازار پایدار با توجه به شاخص‌های مطرح‌شده است. در این راستا به ایجاد مزیت رقابتی از طریق ارائهٔ خدمات یکپارچه و تدوین، طراحی و پیاده‌سازی راهبردهای این صنعت در آیمزه های مختلف در قالب ۸ استراتژی (تهاجمی، تنوع، بازنگری و تدافعی) با توجه به عوامل شناسایی شده و ارتباط بین آنها پرداخته که لزوم توجه مسؤولان امر حوزه گردشگری سلامت شیراز را به نتایج این پژوهش در برنامه‌ریزی‌های آتی می‌طلبد.

کلمات کلیدی: گردشگری پزشکی، رقابت‌پذیری مقاصد، تحلیل محتوا، تکنیک SWOT، تصمیم‌گیری چند شاخصه.

۱. مقدمه

بسیاری از رشته‌ها گردشگری را به عنوان یک ابزار قدرتمند جهت تنوع اقتصادی و توسعهٔ اجتماعی شناخته‌اند (سوز، بالوگلو و بوسر[۱]، ۲۰۱۸) و رقابت‌پذیری توسعهٔ این بخش را تابعی از ساختار اقتصادی- اجتماعی و سیاسی در کشور مقصد می‌دانند (چوی و ترک[۲]، ۲۰۱۱). دو عامل اقتصاد خرد (گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی) و اقتصاد کلان (سیاست در حال اجرای دولت برای حمایت از توسعهٔ گردشگری پزشکی) در توسعهٔ گردشگری پزشکی تأثیرگذار هستند (دایخس، جاکولجویک، رشتینکو و کازلو[۳]، ۲۰۲۰) و بسیاری از کشورها برای تحریک رشد اقتصادی به طور فعال در حال ترویج گردشگری پزشکی هستند (بان و کیم[۴]، ۲۰۲۰) در سال‌های اخیر، وزارتخانه‌های گردشگری در چندین کشور و نهادهایی مانند سازمان بهداشت جهانی (WHO)[۵]، انجمن پزشکی آمریکا (AMA)[۶]،

1. Suess, Baloglu & Busser
2. Choi & Turk
3. Daykhes, Jakovljevic, Reshetnikov & Kozlov
4. Ban & Kim
5. World Healthcare Organization
6. American Medical Association

انسـتیتوی گردشـگری و مـدیریت سـفر هنـد (IITTM)[1] و شـرکت‌های مشـاوره‌ای ماننـد Deloitte مطالعاتی در حوزهٔ پیامدهای اقتصادی گردشگری پزشکی روی اقتصـاد ملـی انجـام داده‌اند (دی لا حوز-کورا، موناز-لویا و باکوکز[2]، ۲۰۱۸). گردشگری از طریق تأثیر بـر درآمـد ملی، اشتغال، تغییر قیمت‌ها و تراز بازرگانی ملی، اقتصاد کشورها را تحت تأثیر قـرار مـی‌دهـد (دیز پیسونرو[3]، ۲۰۱۳: ۱۰٤). با ایـن وجـود هنـوز مـوارد خاصـی نظیـر تـأثیر نامشـخص بـر سیستم‌های بهداشتی، نگرانی‌های اخلاقی یا کمبود ابزارهـای مـوثر برای‌انـدازه‌گیـری تضـمین کیفیت خـدمات گردشـگری پزشـکی و محصـولات آنهـا وجـود دارد کـه مـانع رشـد سـریع گردشگری پزشکی می‌شود (کلیموا و کوشنا[4]، ۲۰۲۰). گردشگری پزشکی صنعتی چند میلیـارد دلـاری رو بـه رشـد (سـندبرگ[5]، ۲۰۱۷، ص. ۱) و بـه عنـوان زیـر مجموعـه‌ای از صـنعت گردشگری سلامت است (کاررا و بریج[6]، ۲۰۰٦؛ اسمیت و پوچکو[7]، ۲۰۰۹) کـه یـک فرصـت کسـب و کـار بین‌المللـی را در بسـیاری از کشـورهای در حـال توسـعه فـراهم آورده اسـت (هورowitz، راسنسویگ و جونز[8]، ۲۰۰۷) و امکان بهره‌برداری از ترکیب جنبه‌های گردشگری با خدمات پزشکی را فراهم می‌کند (پیازولو و زانکا[9]، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر ایـن صـنعت نـه تنها شامل خدمات پزشکی است بلکه شامل چشم‌اندازهای گردشگری نیز می‌باشد و از بیمـار و همراهان وی برای اقامت در یک محیط راحت و لذت بخش پشتیبانی می‌کند (کیم، آرکـودا و کیم[10]، ۲۰۱۹). بنابراین شاید بتوان گفت بدون جاذبه‌های گردشگری به عنوان عنصر پایـه‌ای توسعهٔ گردشگری (گان[11]، ۱۹۷۹؛ لوندبرگ[12]، ۱۹۸۰؛ پیرس[13]، ۱۹۸۱) و خـدمات گردشـگری

1. Indian Institute Of Tourism & Travel Management
2. De la Hoz-Correa, Muñoz-Leiva & Bakucz
3. Diez Pisonero
4. Klímová & Kuča
5. Sandberg
6. Carrera & Bridges
7. Smith & Puczko
8. Horowitz, Rosensweig & Jones
9. Piazolo & Zanca, N.
10. Kim, Arcodia & Kim
11. Gunn Glare
12. Lundberg
13. Pearce

مناسب (امکانات و تسهیلات) این امر امکان‌پذیر نخواهد شد و این بخش از خدمات یکی از بخش‌های پیشتاز و رو به رشد در سطح بین‌المللی است (فوری و سانتانا-گالگو[1]، ۲۰۱۱). به عبارت دیگر گردشگری پزشکی یک شکل نهایی از گردشگری پایدار با مکانیزم بازاریابی جداگانه و خاص برای خدمات سلامتی و فعالیت‌های گردشگری است (رابینسون[2]، ۲۰۰۵) که نه تنها شامل درمان‌های ضروری و انتخابی پزشکی (جراحی و غیر جراحی) است، بلکه درمان‌های تندرستی همراه با خدمات اقامت، سرگرمی، غذا و نوشیدنی، تور و یا جستجوی جاذبه‌های یک مقصد را نیز در بر می‌گیرد (هال[3]، ۲۰۱۱). به همین سبب کشورهای پیشرو در کنار ساخت کلینیک و بیمارستان‌ها، هتل‌ها و بهبود سایر خدمات درمانی به توسعۀ خدمات دیگر گردشگری همچون نحوه حمل و نقل، تفریح و سرگرمی و افزایش امنیت نیز می‌پردازند (مومنی، جاناتیب، ایمانیک و خدایاری-زرنقب[4] ، ۲۰۱۸) و فرصت‌های کسب و کار را برای ارائه خدمات پزشکی خود تصاحب کرده‌اند. بسیاری از کشورهای در حال توسعه با درک پتانسیل و فرصت‌های بزرگ به این مسابقه پیوستند و به طور جدی پیگیر سیاست‌های موثر برای افزایش جذابیت خود را به عنوان یک مقصد برای این بخش بسیار سودآور از صنعت گردشگری جهانی هستد (هندرسون[5]، ۲۰۰٤ ؛ ته[6]، ۲۰۰۷). ایران نیز از این قایده مستثنی نیست در این چارچوب، ایجاد دهکده‌های گردشگری سلامت و یکپارچه‌سازی خدمات برای رضایتمندی بیماران در سطح ملی و فراتر از آن در سطح منطقه‌ای و بین‌المللی در این پژوهش مطرح شده است. با توجه به داده‌های مأخوذه از ادارۀ گردشگری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اهداف اصلی گردشگران سلامت در ایران را می‌توان به ترتیب بیماریهای زنان، جراحی ارتوپدی، بیماریهای قلبی، ارولوژی، جراحی چشم، بیماری‌های عفونی، جراحی‌های عمومی، جراحی بینی و بیماریهای غیر جراحی (درمان طبی) عنوان نمود و بازارهای هدف این نوع از گردشگری بیشتر کشورهای افغانستان، عراق، آذربایجان،

1. Fourie & Santana-Gallego
2. Robinson
3. Hall
4. Momeni, Janatib, Imanic & Khodayari-Zarnaqb
5. Henderson
6. Teh

پاکستان، عمان، بحرین، کویت، ترکمنستان، هند و قطر می‌باشند (حسینی، تقوی، آتائیو و براتکو[۱]، ۲۰۲۰).

آمار درآمدی ایران مؤید این واقعیت است که درآمد گردشگری پزشکی در ایران در مقایسه با درآمد جهانی این صنعت چندان قابل توجه نیست. بنا بر اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، درآمد هر گردشگر پزشکی در ایران بین۳۶۰۰ تا ۷۶۰۰ دلار است (نشریۀ بین‌المللی سفر پزشکی[۲]، ۲۰۱۷). با احتساب متوسط این مقدار (۵۶۰۰ دلار) در سال ۱۳۹۸ درآمد گردشگری پزشکی ایران (مراجعه کننده به بیمارستان‌ها) بالغ بر ۷۲۷ میلیون دلار و در شیراز بالغ بر ۳۶ میلیون و چهارصد هزار دلار بوده است که با توجه به پیش‌بینی رقم ۲,۵ میلیارد دلاری ایران از گردشگری پزشکی در اسناد فرادستی و پتانسیل ایران رقم بسیار ناچیزی است ازجمله مناطق مستعد و از مقاصد مهم در حوزۀ گردشگری سلامت در ایران منطقۀ پنج سلامت است و شهر شیراز به عنوان مرکز استان فارس و قطب اصلی ارائۀ انواع خدمات برتر پزشکی در این کلان منطقه در سطح ملی و بین المللی از جایگاه ویژه ای برخوردار است. این شرایط به همراه وجود زیرساخت‌های درمانی و گردشگری توانسته زمینۀ جذب گردشگران درمانی و پزشکی را در این شهر فراهم آورد و برای آنکه بتواند به یکی از قطب‌های رقابت‌پذیر توریسم درمانی در منطقه تبدیل شود نیاز به ایجاد یک مزیت رقابتی دارد، یکپارچه‌سازی خدمات در مباحث مرتبط با گردشگری سلامت از ضروریات برنامه‌ریزی و مدیریت در همۀ ابعاد است که در ابتدا مستلزم شناسایی و تدوین عوامل و شاخص‌های اصلی تأثیرگذار در حوزه‌های مختلف در این راستا است. ازاین‌رو، هدف اصلی تحقیق حاضر بررسی و شناسایی تعیین‌کننده‌ها و راهبردهای توسعۀ گردشگری پزشکی با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات و رقابت‌پذیری مقاصد برای بهبود فرآیند جذب و ارائۀ خدمات جهت رفاه حال گردشگران و مجموعه‌های خصوصی فعال و موفق با ملاحظات پدافند غیر عامل می‌باشد؛ تا علاوه بر تجمیع و جذب سرمایه‌های داخلی و خارجی به بازاریابی با دامنه‌ای از مشارکت‌کنندگان در هر دو بخش خصوصی و دولتی جهت ارتقای گردشگری سلامت و با

1. Hosseini, Tagvayi, Ataev & Bratkov
2. International Medical Travel Journal

یک مدیریت سیستماتیک در منطقه منجر شود. این رویکرد با توجه بـه رقابـت فزاینـده بـین-المللی در گردشگری پزشکی می‌تواند به عنوان یکی از راهبردهای اصلی در جـذب سـرمایه-های داخلی و خارجی و استقلال از درآمدهای نفتی باشد.

۲. پیشینهٔ پژوهش

در این پژوهش برخی از مهم‌ترین و بروزترین منابع داخل و خارج مرتبط با موضوع تحقیـق ذکر شده است. هر چند ایدهٔ یکپارچه‌سازی خدمات یک ایدهٔ نـو بـرای افـزایش جـذابیت یـک مقصد است و به تبع مزیت رقابتی جدیدی را برای آن مقصد فـراهم مـی‌آورد و از ایـن نظـر بـا پژوهش‌های صورت‌گرفته تفاوت اساسی پیدا می‌کند.

جدول۱. مهم‌ترین پیشینه پژوهش (منابع داخل و خارج)

مآخذ: نگارندگان (۱۳۹۹)

نام پدید آورنده و سال	هدف	نتیجه
ابراهیمی، طیبی ابوالحسنی و رستمی (۱۳۹۷)	تعیین و تحلیل متغیرهای جمعیت شناختی، جغرافیایی و رفتاری در درون خوشه‌های بازار گردشگری پزشکی	گردشگری پزشکی ایران برای ارضای نیازهای بازار (ناهمگن) نیازمند برنامه‌ریزی‌ها و الگوهای بازاریابی متفاوت است. در سطح خرد نیز هم بیمارستان‌ها و هم سازمان‌های فعال در حوزهٔ خدمات گردشگری پزشکی همچون آژانس‌ها، هتل بیمارستان‌ها و... با توجه به نوع بازار هدف الگوی برنامه‌ریزی و بازاریابی مناسب با آن را در پیش گیرند.
فولادی و همکاران (۱۳۹۷)	تعیین عوامل موثر بر سفر درمانی به ایران از دیدگاه گردشگران آذربایجانی	طبق این پژوهش کیفیت خدمات درمانی، هزینه درمان، تجهیزات پزشکی و عوامل سیاسی امنیتی از عوامل موثر بر انگیزه ورود بیماران خارجی به ایران می‌باشند و زمان انتظار تنوع درمانی، عوامل جامعه شناختی و جاذبه‌های گردشگری تأثیر زیادی نداشتند.
میرانی و اسدزاده (۱۳۹۷)	بررسی تأثیر شاخص‌های کیفیت نهادی بر صنعت گردشگری پزشکی در ایران با استفاده از رویکرد بهینه‌سازی مورد	نتایج این مطالعه حاکی از آن است که بهبود در شاخص کیفیت نهادی، سرمایه ثابت ناخالص در حوزهٔ خدمات درمانی در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی در حوزهٔ خدمات گردشگری، همچنین افزایش در تعداد ارائه‌دهندگان خدمات به گردشگران پزشکی از جمله پزشکان عمومی و متخصص و کاهش نرخ ارز مؤثر حقیقی در ایران منجر به افزایش جذب گردشگران پزشکی

نام پدید آورنده و سال	هدف	نتیجه
		به کشور شده است.
ناصرپور، موسوی و سپهوند (۱۳۹۷)	بررسی تأثیر عوامل غیردرمانی در توسعهٔ گردشگری سلامت	نتایج این پژوهش حاکی از آن است که عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی، عوامل زیرساختی، عوامل حاکمیتی و شرایط عمومی، بر گردشگری سلامت تأثیر مثبت و معناداری دارند.
حسین پور و ریاحی (۱۳۹۷)	بررسی رابطهٔ قابلیت‌های گردشگری پزشکی درمانی با میزان جذب توریسم در استان اردبیل.	در این پژوهش به دلیل اینکه از بین عوامل مختلف شرایط کشور، بیمارستان، تیم پزشکی و درمانی و مکان‌های آب درمانی، رابطهٔ معنا داری با جذب توریست در استان اردبیل ندارند بنا براین جهت توسعهٔ گردشگری پزشکی در این استان پیشنهاد می‌شود که با فراهم کردن زیر ساخت‌های لازم و اجرای سیاست‌های کلان به توسعهٔ این صنعت کمک کنند
اسعدی، باصولی، برومندزادی و درخش (۱۳۹۸)	بررسی و تحلیل عوامل داخلی مؤثر بر توسعهٔ گردشگری سلامت	باتوجه به ظرفیت‌های بالقوه‌ای که در حوزهٔ گردشگری سلامت در ایران وجود دارد پیشنهاد می‌شود به عوامل اصلی توسعهٔ گردشگری سلامت (بازاریابی و تبلیغات، امنیت، وجود نیروی متخصص و توانمند در زمینه‌های گوناگون پزشکی و نیز افزایش تعداد مراکز درمانی) توجه بیشتری معطوف شود و با برنامه‌ریزی مناسب قدم‌هایی در این جهت برداشته شود.
زارعی و زارعی (۱۳۹۸)	شناسایی عوامل مرتبط با افزایش مدت اقامت گردشگران تندرستی در سرعین	سازمان‌های مرتبط با حوزهٔ گردشگری سرعین، باید عوامل شناسایی‌شده در تحقیق حاضر را در راستای افزایش مدت اقامت گردشگران تندرستی با تأکید بر عوامل زیرساختی، فرهنگی‌اجتماعی، قانونی، اخلاقی، ترویجی، و رقابتی مد نظر قرار دهند.
فتح‌اللهی و استعلاجی (۱۳۹۸)	شناسایی و ارزیابی موقعیت شهرستان رامسر جهت تبدیل شدن به دهکده سلامت	طبق شاخص‌های در نظر گرفته شده (از نظر موقعیت زیست محیطی جاذبه‌های گردشگری، زیرساختهای ارتباطی) پهنه‌ها و اولویتهای انتخاب شده در بخش شمال شهرستان شناسایی شد
حسینی و تقوایی (۱۳۹۹)	تدوین و ارزیابی شاخص‌های سیاست‌گذاری و قوانین گردشگری پزشکی ایران در جهت گسترش دهکده‌های سلامت	به ترتیب شاخص‌های قوانین مربوط به بیمه‌های درمانی، قوانین مربوط به خطاهای پزشکی، سیاست‌های تبلیغاتی، قوانین مورد نیاز و جدید، سیاست‌های حمایتی مهم‌ترین شاخص‌های حوزهٔ قوانین و سیاست‌گذاری در راستای توسعهٔ گردشگری پزشکی و با رویکرد گسترش دهکده‌های سلامت هستند.

نام پدید آورنده و سال	هدف	نتیجه
سوز و همکاران (۲۰۱۸)	به دنبال ویژگی‌ها و عوامل توسعهٔ صنعت گردشگری پزشکی داخلی در راستای مرجع عملیاتی، تدوین سیاست و تحقیقات گردشگری پزشکی	یافته‌ها نشان داد که هرچه عملکرد اقتصادی گردشگری پزشکی بیشتر باشد، تأثیر مثبت گردشگری پزشکی بر رفاه جامعه بهتر درک می‌شود. به عبارتی دیگر، نگرش گردشگری پزشکی و رضایت کلی جامعه به طور قطعی متأثر از گردشگری پزشکی بر رفاه جامعه دارد.
زارعی و ملکی (۲۰۱۸)	بررسی پیشینهٔ تحقیقات موجود در خصوص بازاریابی پزشکی در آسیا می‌باشد.	در این مطالعه، مقالات مربوط به سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ در خصوص بازاریابی گردشگری پزشکی در کشورهای آسیایی مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج بدست آمده، کیفیت خدمات و رضایت ادارک شده مهم‌ترین عوامل جذب گردشگران پزشکی می‌باشند. به علاوه، فقدان عواملی همچون هماهنگی بین سهامداران بازار پزشکی، کیفیت خدمات پزشکی، پوشش بیمه و قوانین موثر جزء موانع اساسی پیش روی گردشگری پزشکی در مطالعات بررسی شده می‌باشند و به تحقیقات تخصصی‌تری در خصوص بازاریابی پزشکی آسیا به ویژه در بازارهای نوپای این صنعت نیاز می‌باشد.
ذوالفقاریان و همکاران (۲۰۱۸)	یافتن عوامل انگیزشی است که افراد را به سمت جستجوی گردشگری پزشکی به عنوان یک گزینه مناسب برای رفع نیازهای مراقبت سلامت	با استفاده از نظریه چشم‌انداز (نظریه دورنما)، در این مطالعه مشخص شد توجه به گردشگری پزشکی تحت تأثیر عواملی چون هزینه‌های پزشکی داخلی، مسائل و نگرانی‌های حریم خصوصی (محرمانگی) بیمار و مطلوبیت مقاصد خارجی قرار دارد که این عوامل به نوبه خود علاوه بر هزینه‌های پزشکی داخلی تحت تأثیر عواملی چون جذب گردشگر و تضمین کیفیت خدمات قرار دارند.
مایاکول، کیاتیسین و پارساد[1] (۲۰۱۸)	ارائهٔ چارچوبی برای گردشگری پزشکی مبتنی بر مفهوم توسعهٔ پایدار	مدیریت، تجارت کسب و کار، تقاضا، داده‌ها و فناوری، استاندارد قابلیت همکاری برای خدمات درمانی، داروهای پیشگیری و فعالیت‌های سلامتی عوامل مهم در راستای هدف تحقیق می‌باشند
ماهندراداتا[2] (۲۰۱۹)	ارزیابی چالش‌ها و خطرات احتمالی توسعهٔ گردشگری سلامت در اندونزی	سیاست‌گذاران در اندونزی و سایر کشورهای دارای محدودیت منابع، که در فکر توسعهٔ گردشگری سلامت هستند، وظیفه اخلاقی دارند که قبل از حرکت به جلو، شواهد را درباره تأثیرات مثبت و منفی احتمالی بسنجند.
هادیان، جباری،	شناسایی نقاط قوت و	ایران از حوزهٔ صنعت گردشگری پزشکی برخوردار است، اما به

1. Mayakul T, Kiattisin S, Prasad R. A
2. Mahendradhata Y

نام پدید آورنده و سال	هدف	نتیجه
موسوی و شیخ بردسیری (۲۰۱۹)	چالش‌های توسعهٔ گردشگری پزشکی در ایران با استفاده از مطالعه سیستماتیک	طور کلی، با چالش‌های جدی روبرو است. اگر ایران قصد دارد از استراتژی توسعهٔ گردشگری پزشکی به عنوان یکی از نقاط قوت اقتصاد مقاومتی استفاده کند، باید نقاط قوت و چالش‌ها را ارزیابی کند.
نیلاشی[1] و همکاران (۲۰۱۹)	شناسایی عوامل موثر بر گردشگری پزشکی در مالزی	عوامل انسانی (زبان و ارتباطات، تخصص، کیفیت خدمات متخصصان) و عوامل فن آوری (سیستم‌های اطلاعاتی کارآمد، اینترنت، فناوری پزشکی) مهم‌ترین عوامل توسعهٔ گردشگری پزشکی در مالزی است.
لی و لی[2] (۲۰۱۹)	شناسایی مجموعه‌ای از شاخص‌های اصلی برای مقصد گردشگری سلامت با استفاده ازنظرات کارشناسان و متخصصان	مطالبات خاص و شاخص‌های مراقبت‌های پزشکی، محیط طبیعی (آب و هوا، هوا، آب و نور) و فعالیت‌های اوقات فراغت و مطالبات عمومی (ورزش، رژیم غذایی و ...)
کیم، آرکودیا و کیم[3] (۲۰۱۹)	شناسایی عوامل اصلی موفقیت گردشگری در کره جنوبی	نتایج این پژوهش حاکی از آن است که عواملی نظیر برند مقصد، فعالیت‌های گردشگری برای همراهان و حمایت بیشتر از راحتی بیماران از عوامل اصلی موفقیت گردشگری پزشکی در کره جنوبی است.
چم، لیم، سیا، چیح و تینگ[4] (۲۰۲۰)	بررسی تأثیر جنبه‌های اجتماعی و بازاریابی در تصویر برند بیمارستان‌های فعال در گردشگری پزشکی همراه با رابطهٔ آن با کیفیت خدمات	اهمیت جنبه‌های اجتماعی (به عنوان مثال رسانه‌های اجتماعی و ارتباطات دهان به دهان) و بازاریابی (به عنوان مثال تبلیغات بیمارستان و درک قیمت) برای ایجاد چهره تجاری در بیمارستان‌های فعال در گردشگری پزشکی و در نتیجه، تصویر برند می‌تواند کیفیت خدمات درک شده در بین گردشگران پزشکی را تحت تأثیر قرار دهد.
دانگ، نگوین، وانگ، دی و دانگ[5] (۲۰۲۰)	ارائهٔ روشی جهت ارزیابی موثر عملکرد صنعت گردشگری پزشکی با در نظر گرفتن عوامل موثر	منابع گردشگری و زیرساخت‌های پزشکی مراقبت‌های بهداشتی نقش مهمی در ارتقا صنعت گردشگری پزشکی کشورهای سنگاپور، تایلند، هند، کره جنوبی، مالزی و تایوان دارند.

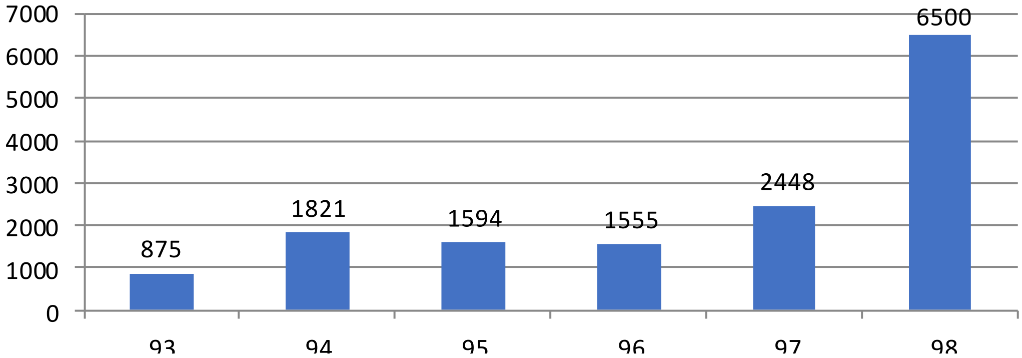
1. Nilashi
2. Lee & Li
3. Kim, Arcodia & Kim
4. Cham, Lim, Sia, Cheah & Ting
5. Dang, Nguyen, Wang, Day & Dang

نام پدید آورنده و سال	هدف	نتیجه
	اقتصادی	
حسینی و همکاران (۲۰۲۰)	بررسی و ارزیابی موانع و محدودیت‌های توسعهٔ گردشگری پزشکی یزد با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات و در جهت توسعهٔ دهکده‌های سلامت	انتقال ضعیف گردشگران پزشکی به دلیل پروازهای داخلی و بین المللی محدود، عدم دسترسی به پیگیری درمان و مراقبت پس از ترخیص، قوانین ناکارآمد بیمه‌ای و عدم وجود قوانین مورد نیاز و جدید به علت نو بودن گردشگری سلامت، به ترتیب اصلی‌ترین موانع توسعهٔ گردشگری پزشکی شناسایی شده در این پژوهش می‌باشد.

۳. روش‌شناسی تحقیق

۳. ۱. منطقهٔ مورد مطالعه

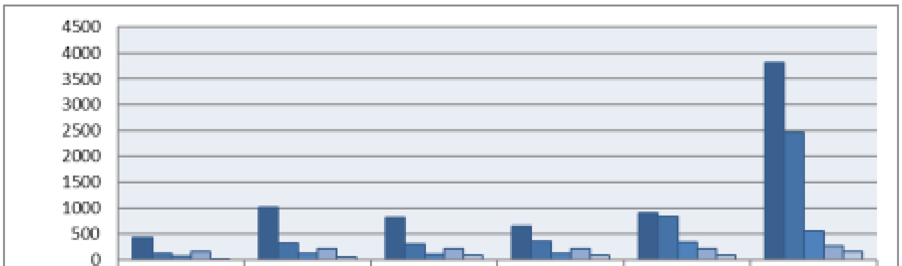
فارس یکی از ده کلان منطقهٔ سلامت با ملاحظات آمایش سرزمین (کلان منطقه پنج شامل استان‌های فارس، کهکیلویه و بویر احمد، بوشهر و هرمزگان) همچنین یکی از نه کلان منطقهٔ آمایشی کشور شامل استان‌های فارس، کهکیلویه و بویر احمد و بوشهر می‌باشد. استان فارس از نظر ویژگی‌های خاص جغرافیایی و وضعیت اقلیمی، تاریخی، فرهنگی و اقتصادی یکی از مهم‌ترین استانهای کشور محسوب می‌شود (چکیده مطالعات آمایش فارس، ۱۳۹۷) و به عنوان بخشی از کلان منطقهٔ ۵ آمایش با مساحتی در حدود ۱۲۲٦۰۸ کیلومتر مربع، پنجمین استان پهناور کشور و با جمعیتی برابر ٤۸٥۱۲۷٤ نفر، بر طبق برآورد جمعیتی سال ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران چهارمین استان پرجمعیت ایران بعد از استان‌های تهران، خراسان رضوی واصفهان است. بر اساس تقسیمات کشوری سال ۱۳۹٦، استان فارس به ۲۹ شهرستان، ۸٤ بخش، ۱۰۲ شهر و ۲۰۵ دهستان تقسیم شده‌است. این استان با تعداد ۷۵ بیمارستان به بیماران خدمات پزشکی ارائه می‌دهد. شهرشیراز مرکز فارس با دارا بودن بیش از ۳۹ بیمارستان شامل ۲۲ بیمارستان دولتی، ۱٤ بیمارستان خصوصی و ۳ بیمارستان خیریه (سالنامهٔ آماری استان فارس، ۱۳۹٦) در تخصص‌های مختلف به عنوان یکی از قطب‌ها و مراکز جذب گردشگر سلامت در ایران به بیماران ارائهٔ خدمات می‌کند.



شکل ۱. تعداد گردشگران پزشکی خارجی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شیراز

(ادارهٔ گردشگری سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۸)

طبق شکل شمارهٔ یک تعداد گردشگران پزشکی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شیراز طی دو سال آخر به‌ویژه سال ۱۳۹۸ رشد صعودی خوبی پیدا کرده است. بـه طـوری کـه از تعـداد ۸۷۵ نفر در سال ۱۳۹۳ بـه ۶۵۰۰ هـزار نفـر در سـال ۱۳۹۸ افـزایش یافتـه اسـت. در مجمـوع بیشترین تعداد گردشگران پزشکی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شیراز بر حسب ملیت و بـه تبع مهم‌ترین بازارهای هدف (طی سال‌های ۱۳۹۳تا ۱۳۹۸) به ترتیـب مربـوط بـه پـنج کشـور عمان، عراق، افغانستان، کویت و بحرین (اداره گردشگری سلامت، ۱۳۹۸) می‌باشد.



	1393	1394	1395	1396	1397	1398
عمان	438	1019	813	657	897	3823
عراق	127	324	311	357	825	2460
افغانستان	79	116	109	129	339	567
کویت	158	209	208	214	220	273
بحرین	23	58	85	91	89	158

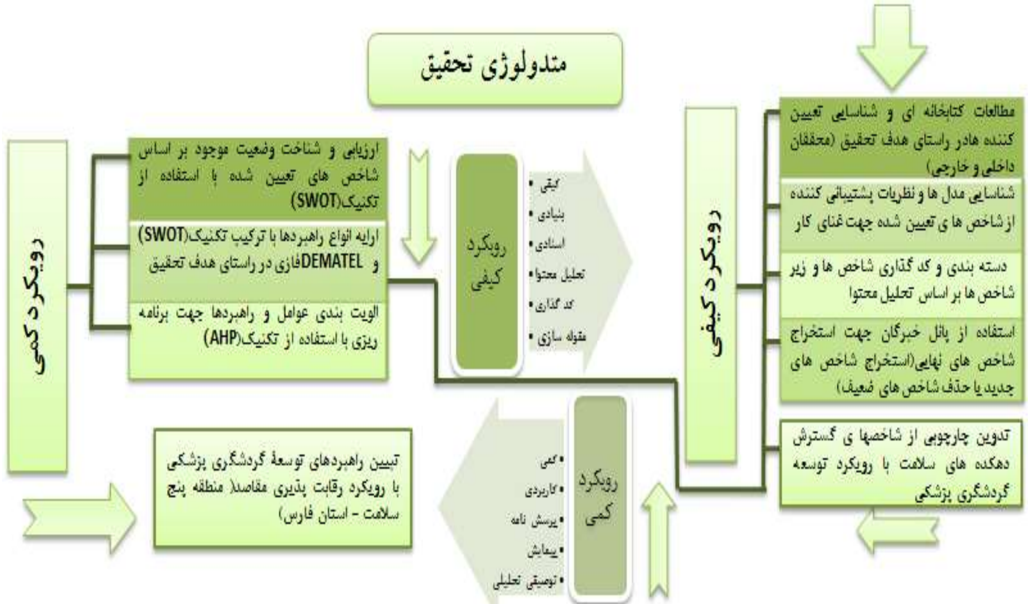
شکل ۲. بیشترین گردشگران پزشکی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شیراز بر حسب ملیت

(اداره گردشگری سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۸)

با این اوصاف طبق اسناد فرادستی و پیش بینی ورود گردشگران پزشکی در افق ۱۴۰۴ این رقم، رقم بسیار ناچیزی است که توجه مسؤولین امر را در این زمینه می‌طلبد.

۳. ۲. روش تحقیق

روش تحقیق پژوهش حاضر یک روش ترکیبی با رویکرد کیفی‌کمی می‌باشد. در مرحلهٔ اول شاخص‌های محققان داخلی و خارجی مورد بررسی قرار گرفت و با استفاده از تحلیل محتوا به مثابه اولین استراتژی تحقیق به شناسایی، تدوین و دسته‌بندی عوامل، شاخص‌ها و زیر شاخص‌های موثر بر توسعهٔ گردشگری پزشکی در راستای گسترش دهکده‌های سلامت و ارائهٔ خدمات یکپارچه از طریق کدگذاری باز و کدگذاری محوری پرداخته شد و از نرم افزار MAXQDA -18 جهت تجزیه و تحلیل بهره گرفته شد. سپس مهم‌ترین نظریات و مدل‌های پشتیبانی‌کننده از شاخص‌ها جهت غنای کار به مطالعه اضافه گردید. شاخص‌ها و نظریات دسته‌بندی‌شده و اطلاعات اعتبار سنجی شده با استفاده از روش‌های اسنادی و مقایسهٔ اطلاعات در قالب پرسش‌نامه و مصاحبه در اختیار اساتید و مسؤولان حوزهٔ گردشگری سلامت متشکل از یک گروه ۸ نفره (مدیر بخش گردشگری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارشناسان بخش گردشگری سلامت وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع‌دستی و اساتید با سابقه در حوزهٔ گردشگری سلامت) قرار گرفت و در نهایت منجر به نهایی شدن شاخص‌ها و زیر شاخص‌ها از طریق پانل خبرگان شد و چارچوبی از شاخص‌ها به عنوان شاخص‌های توسعهٔ دهکده‌های سلامت با رویکرد توسعهٔ گردشگری پزشکی و یکپارچه‌سازی خدمات ساخته شد. نظریه بنیادین یکی از روش‌های کیفی است که شالودهٔ اصلی آن استخراج کدها، مفاهیم و طبقه‌بندی‌ها می‌باشد، وقتی محققی از روش‌های کیفی استفاده می‌کند، نیاز به شناسایی متغیرهایی دارد که بعداً ممکن است به صورت کمی مورد آزمایش قرار گیرند. فرآیند مورد استفاده در مرحله اول این مطالعه مبتنی بر این نظریه بوده است. در مرحلهٔ دوم، با استفاده از تکنیک SWOT وضعیت موجود با استفاده از شاخص‌های تدوین شده ارزیابی سپس با ترکیب این تکنیک با *دیمتل فازی* در راستای هدف تحقیق انواع راهبردها مشخص و با استفاده از تکنیک AHP الویت‌بندی شدند جامعهٔ آماری مرحلهٔ ارزیابی و الویت‌بندی راهبردها شامل ۲۱ نفر از خبرگان گردشگری سلامت شیراز بوده است.



شکل ۳. روند و مراحل جمع آوری داده‌ها در راستای هدف تحقیق (منبع نگارندگان، ۱۳۹۹)

٤. مبانی نظری تحقیق

تقسیم‌بندی‌های مختلفی توسط محققان و مؤوسسات تحقیقاتی از گردشگری سلامت بر اساس دیدگاه گردشگران و متخصصان ارائه شده است. در تقسیم‌بندی *کافمن و مولر* گردشگری سلامت بر اساس دیدگاه گردشگران به دو بخش درمانی و بازدارنده طبقه‌بندی شده است. در این تقسیم‌بندی گرشگری صحت (تندرستی) و گردشگری پیشگیرانه در هم ادغام شده‌اند (مولر و کافمن[1]، ۲۰۰۱). کوهن در گزارشی از مرکز هاستینگز (HCR)[2] گردشگری پزشکی را به سه نوع تقسیم می‌کند: خدماتی که هم در کشور خود بیمار و هم در کشور مقصد غیرقانونی است، مانند خدمات مرتبط با فروش اعضای بدن، خدماتی که در کشور خود بیمار غیرقانونی است اما در کشور مقصد قانونی است، مانند برخی از درمان‌های سلول‌های بنیادی؛ و خدماتی که هم در کشور زادگاه بیمار و هم در کشور مقصد قانونی

1. Mueller & Kaufmann
2. Hastings Center Report

هستند، مانند تعویض مفصل (کوهن[1]، ٢٠١٠). موسسه تحقیقات گردشگری ژاپن (JITR)[2] گردشگران سلامت را از دیدگاه متخصصان به چهار نوع شامل جراحی و درمان (پزشکی)، تندرستی، تشخیص و پیشگیری از درمان، ارتقا سلامتی و اوقات فراغت تقسیم کرده است. (لی و لی، ٢٠١٩). افزایش تلاش برای تعریف گردشگری پزشکی به عنوان زیر مجموعه‌ای از گردشگری سلامت در دههٔ گذشته تأییدی بر افزایش قابل توجه آن به عنوان یک فعالیت مهم گردشگری است (ردی، یورک و برانون[3]، ٢٠١٠). با بررسی لغاتی که معمولاً در صنعت گردشگری پزشکی استفاده می‌شود سه تعریف مشخص از گردشگری پزشکی یافت می‌شود: گردشگری پزشکی بین‌المللی، گردشگری پزشکی داخلی، و گردشگری پزشکی با حمایت کارفرمایان (سازمان‌ها و ارگان‌ها. (سندبرگ، ٢٠١٧، ص. ١). درمان و بازیابی توان از مهم‌ترین اهداف گردشگری پزشکی است و اغلب اوقات، حول دریافت خدمات درمانی، فعالیت‌های اوقات، فراغت (استفاده از فضاها و خدمات گردشگری درمانی مانند آب‌گرمها) نیز به بسته سلامت بیمار اضافه می شود (کابلرو و موگومبا[4]، ٢٠٠٦) که در این صورت ممکن است گردشگری او با سفر به نقاطی کها ین امکانات را دارند تکمیل شود در نتیجه گردشگری پزشکی یک خدمت درمانی است که تفریح نیز بخشی از آن است.(کروکس، ترنر، سیندر، جانستون و کینگسبری[5]، ٢٠١١، ص. ٧٢٦) در بیشتر مطالعات کیفیت مراقبت‌های بهداشتی بیشترین نگرانی گردشگران پزشکی است (چوی، چو، لی و کیم[6]، ٢٠٠٤ ؛ پان و چن[7]، ٢٠١٤) و به اذعان برخی پژوهشگران توانایی جذب گردشگر در بخش سلامت و در بازار بین‌المللی به کیفیت تضمین شده وابسته است(لاگیفسکی و مایرز[8]، ٢٠٠٨). و شامل استانداردهای بیمارستان (ISO)، اعتباربخشی بین‌المللی (گان و فردریک[9]، ٢٠١١ ؛ گیل و سینگ[10]، ٢٠١١)

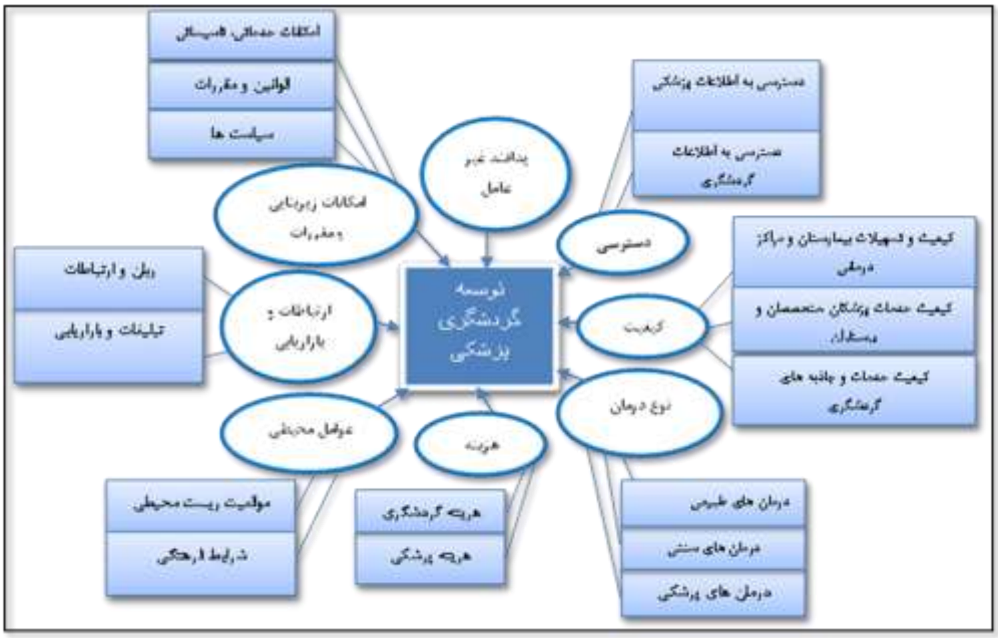
1. Cohen
2. Japanese Institute of Tourism Research
3. Reddy, York & Brannon
4. Caballero & Mugomba
5. Crooks, Turner, Snyder, Johnston & Kingsbury
6. Choi, Cho, Lee, Lee & Kim
7. Pan & Chen
8. Lagiewski & Myers
9. Gan & Frederick
10. Gill & Sing

تجهیزات پزشکی پیشرفته (کانل[1]، ۲۰۰۶)، شهرت بیمارستان (هیونـگ، کاساکاسـتا و سـانگ[2]، ۲۰۱۱)، کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان (اسمیت و پوچکو، ۲۰۰۹) و پرستاران مـی‌باشـد. همچنین تحقیقات گسترده‌ای نشان می‌دهد که تصویر کلی یک مقصد یک محرک کلیدی برای گردشگری و همچنین گردشگری پزشکی است (گالـارزا، سـورا و گارسـیا[3]، ۲۰۰۲ ؛ بیرلـی و مارتین[4]، ۲۰۰٤) از جمله عوامل اختصاصی محیط فرهنگی می‌باشدکه بـه عنـوان عوامـل مهـم انتخاب کشور مقصد اغلب در رابطه با سایر عـواملی کـه بـر گردشـگری پزشـکی بین‌المللـی تحلیل می‌شود و شامل شـاخص‌های شـناخت فرهنگـی (گلینـوس، بـاتن و مارسـی[5]، ۲۰۱۰) مسئله مذهب (کانل، ۲۰۱۳) موانع زبان و ارتباطات (لی، کینس و فرایسن[6]، ۲۰۱۰ ؛ یه، کیـو و یوئن[7]، ۲۰۱۱) فاصله یا نزدیکی به محل سکونت آنها (آلیمان[8] و همکـاران، ۲۰۱۱، ص. ٤۹۲) است. به تازگی، تعدادی از مطالعات به تجزیه و تحلیل مقـرون بـه صـرفه بـودن گردشـگری پزشکی، رضایت کلی جامعه، رضایت از مراقبت‌های بهداشتی و نگرش به گردشگری پزشکی پرداخته است، که به نوبه خود، تمایل بـه حمایـت از توسـعۀ گردشـگری پزشـکی در کشـور مقصـد را تحـت تـأثیر قـرار مـی‌دهـد (سـارانتوپولوس، کاتسـونی و جیتونـا[9]، ۲۰۱۵) برخـی پژوهشگران نیز عواملی نظیر درمان‌های پزشکی ضروری را از طرف بیمـار شناسـایی کرده‌انـد که صنعت گردشگری پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لاولاک[10] و لاولاک، ۲۰۱۸) مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده و شناخته‌شده تصمیم‌گیری برای مقصد گردشگری درمـانی در آسـیا شـامل مسافت، هزینه، زبان، اقتصاد، صلاحیت فناوری پزشکی، فرهنگ (لی و کیم[11]، ۲۰۱۵) اسـت و برای کشورهای آسیای جنوبی که در خط مقدم گردشگری پزشکی در منطقـه هسـتند توسـعۀ سریع زیرساخت‌های پزشکی با استانداردهای بین‌المللی، صدور گواهینامه و دسترسی آسان به

1. Connell
2. Heung, Kucukusta & Son
3. Gallarza, Saura & García
4. Beerli & Martín
5. Glinos, Baeten & Maarse
6. Lee, Kearns & Friesen
7. Ye, Qiu & Yuen
8. Alleman
9. Sarantopoulos, Katsoni & Geitona
10. Lovelock & Lovelock
11. Lee & Kim

نیروی انسانی ماهر (چاکرابورتی[1]، ۲۰۰٦). از عوامل تعیین کننده بوده است. علاوه بر زیرساخت‌های گردشگری و پزشکی ایجاد شده مزیت‌های دیگری نظیر کاهش هزینه‌ها و زمان انتظار، پیوندهای ارتباطی خوب بین بیمارستان‌ها، آژانس‌های بیمه و گردشگری در این کشورها وجود دارند (یو و کو[2]، ۲۰۱۲) به عبارتی دیگر توسعهٔ اینترنت و ظهور شرکت‌های ارتباطی که به عنوان واسطهٔ بین بیماران بین‌المللی و شبکه‌های بیمارستان عمل می‌کنند و درنهایت تکنولوژی‌های پیشرفته که با خدمات مراقبت‌های بهداشتی جدید ایجاد شده است(ساتین، آسنوا و تیراساتاياپیتاک[3]، ۲۰۰۷، ص. ۲) از عمده دلایلی است که باعث می‌شود افراد برای دریافت مراقبت‌های سلامتی سفرهای بین‌المللی را انتخاب کنند، در همین راستا عوامل کلیدی موفقیت در بازاریابی این حوزه از گردشگری موقعیت‌یابی برند، امکانات و کیفیت مراقبت سلامت، نقاط (اماکن) گردشگری و ائتلاف افقی گزارش شده‌است (یانگ[4]، ۲۰۱۳). از عوامل مهم دیگر در این حوزه تجاری سازی است به عنوان قلب رشد گردشگری پزشکی، که به در دسترس بودن منابع مبتنی بر وب برای مصرف کنندگان خدمات بستگی دارد تا برای آنها اطلاعات فراهم کند و آنها را به ارائه دهندگان خدمات و واسطه‌ها متصل کند(لونت[5] و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین مطالعه عوامل موثر بر تصمیم بیماران برانتخاب کشور مقصد و مرکز مراقبت سلامت نشان می‌دهد که ویژگی‌های خاص کشور مقصد (شرایط اقتصادی، جو سیاسی و سیاست‌های تنظیمی)، و رتبه اعتبار بخشی بیمارستان، کیفیت مراقبت و آموزش پزشک، و هزینه نقش اساسی در تصمیم‌گیری و انتخاب آنان دارد (اسمیت و فورگیون[6]، ۲۰۰۷). بنابر این در توسعه و کسب جایگاه و سهم بازار مناسب این نوع گردشگری عوامل مختلفی مؤثر است که باید شناسایی و مورد ارزیابی قرار بگیرد. نظر به آنچه بیان گردید مدل مفهومی پژوهش درقالب شکل شماره چهار مشتمل بر ۸ عامل ۱۷شاخص ارائه می‌گردد

1. Chakraborty
2. Yu & KO
3. Suthin, Assenov & Tirasatayapitak
4. Yang
5. Lunt
6. Smith & Forgione



شکل ٤. مدل مفهومی پژوهش (منبع: نگارندگان، ۱۳۹۹)

۵. یافته‌های تحقیق

سطح جذابیت یک کشور به عنوان یک مقصد برتر برای گردشگران پزشکی توسط عوامل مختلفی تعیین می‌شود لزوم یکپارچه‌سازی خدمات در راستای توسعهٔ گردشگری سلامت و توجه به این مهم درتهیهٔ طرح‌ها و برنامه‌های راهبردی که پژوهش حاضر در راستای آن شکل گرفته است علاوه بر رفاه حال گردشگران و سرمایه گذاران به کاهش هزینه‌ها و سازماندهی برنامه‌های گردشگری در جهت ایجاد زیرساخت‌های مناسب و قابل رقابت خواهد انجامید و به ارزیابی عملکرد رقابتی در جهت توسعهٔ صنعت گردشگری سلامت نیزکمک شایانی می‌نماید. در این پژوهش عوامل توسعهٔ دهکده‌های سلامت در راستای گسترش گردشگری پزشکی (مبتنی بر نظریه گراندد تئوری) در هشت بعد (در قالب ۱۷شاخص و ۱۰۳ زیر شاخص) ارتباطات و بازاریابی، زیر ساخت‌ها و مقررات، سیستم دسترسی به اطلاعات (زیرساخت‌های الکترونیکی)، کیفیت، عوامل محیطی، هزینه انواع روش‌ها و پروسیجرهای

درمانی و پدافند غیر عامل دسته‌بندی شده است در طی این فرآیند، شاخص‌ها و زیر شاخص‌ها با مقایسهٔ اطلاعات اعتبار سنجی و با شناسایی نظرات و مدل‌های پشتیبانی کننده بر غنای و اعتبار شاخص‌ها و زیر شاخص‌ها افزوده شد. بررسی و تجزیه و تحلیل موقعیت شیراز (مدل استراتژیک SWOT) از نظر شاخص‌های تعیین شده منجر به شناسایی عوامل عمدهٔ داخلی (۲٤ عامل به عنوان نقاط قوت و ۲۲ عامل به عنوان نقاط ضعف) و خارجی (۱۲عامل به عنوان فرصت‌ها و ۲٤ عامل به عنوان تهدید) شد و در ماتریس ارزیابی قرار گرفت سپس با استفاده از متدAHP الویت‌بندی شدند.

جدول ۲. ماتریس (ابعاد SWOT) عوامل داخلی و خارجی توسعهٔ گردشگری پزشکی

مأخذ: نگارندگان، ۱۳۹۹

عوامل داخلی:IFE نقاط قوت S و نقاط ضعف W				
شاخص (کدگذاری محوری)		زیر شاخص (کدگذاری باز)	وزن (AHP)	رتبه
قوت‌ها	کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی	S1: شهرت و کیفیت خدمات و تجهیزات پزشکی پیشرفته در بیمارستان‌ها و مراکزدرمانی شیراز (فعال در گردشگری پزشکی) در مقایسه با کشور و همسایگان	۰/۰۵۷	۵
		S2: حداقل زمان انتظار برای دریافت خدمات درمانی در ایران	۰/۰۶۳	۳
		S3: دارای بودن استانداردهای ملی پذیرش بیمار بین‌المللی (IPD) در بیمارستان‌های فعال در گردشگری پزشکی شیراز	۰/۰٤۲	۱۱
		S4: وجود زیرساختهای درمانی و مراکز تشخیصی و تحقیقاتی متعدد و زیرساخت‌های مناسب تکنولوژیکی و فیزیکی با معروفیت ملی و بین‌المللی در شیراز	۰/۰۵۲	۷
	کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران	S5: وجود متخصصین مجرب، قابل اعتماد و مشهور و تنوع خدمات تخصصی و فوق تخصصی در اکثر حوزه‌ها	۰/۰۷۲	۱
		S6: کیفیت خوب مراقبت در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی (فعال در گردشگری پزشکی)	۰/۰٤۳	۱۰
	کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری	S7: داشتن شرایط آب و هوایی چهار فصل	۰/۰۲۹	۱۷
		S8: امنیت بالای گردشگری در شیراز	۰/۰۵۹	٤
		S9: شهرت، جذابیت و محبوبیت شیراز در گردشگری و مهمان نوازی	۰/۰۳۹	۱۲
		S10: قطب ملی گردشگری تاریخی، فرهنگی- مذهبی با تأکید بر محورهای تاریخی هخامنشی و ساسانی (وجود جاذبه‌های دیدنی و متنوع طبیعی، تاریخی- فرهنگی با عملکرد ملی و بین‌المللی) و قطب	۰/۰٤۸	۸

		گردشگری مذهبی بعد از مشهد و قم به واسطه مرقد مطهر حضرت شاهچراغ (ع)		
		S11: کیفیت خوب و مناسب امکانات رفاهی و تجهیزات فیزیکی در مکان‌های بازدید و آرامش محیط	۰/۰۳۱	۱۶
	امکانات خدماتی و تأسیساتی	S12: وجود امکانات خوب رفاهی – اقامتی و خدمات پذیرایی	۰/۰۳۵	۱٤
		S13: وجود شرکت‌های تسهیلگر و آژانس‌های گردشگری دارای مجوز در شیراز	۰/۰۳۳	۱۵
		S14: پیوند با شبکه ریلی کشور درشیراز	۰/۰۱۷	۲۳
		S15: نزدیکی به گره‌های حمل و نقل دریایی و خلیج فارس	۰/۰۲۸	۱۸
		S16: وجود فرودگاه بین‌المللی با پروازهای داخلی و بین‌المللی جهت انتقال گردشگران پزشکی	۰/۰٤۵	۹
		S17: کیفیت مناسب دسترسی جاده‌ای به شیراز	۰/۰۱۹	۲۲
	تبلیغات و بازاریابی	S18: برند بودن شیراز در پیوند اعضاء در کشور و منطقه (رتبهٔ سوم جهان در زمینهٔ پیوند اعضاء)	۰/۰٦۵	۲
		S19: پیشرو بودن در فراهم نمودن زیر ساخت‌های فناوری اطلاعات و IT در جهت فعالیت‌های گردشگری پزشکی نسبت به استان‌های همجوار مانند سامانه‌های نوبت‌دهی تلفنی و اینترنتی، مشاوره تلفنی	۰/۰۲۵	۱۹
	هزینه‌های درمانی و گردشگری	S20: سطح پایین هزینه‌های درمانی و گردشگری نسبت به کشورهای مجاور	۰/۰۵۵	٦
	شرایط فرهنگی	S21: آشنایی فرهنگی شیراز با منطقه تشخیصی– درمانی جنوب ایران	۰/۰۳٦	۱۳
	درمان‌های طبیعی و سنتی (طب مکمل)	S22: مطرح بودن فارس در گیاهان دارویی از جمله منطقه چشمه انجیر	۰/۰۲	۲۱
		S23: برخورداری از آب و هوای کوهستانی و وجود مناطق ییلاقی در اطراف به ویژه شمال غرب شیراز	۰/۰۲۲	۲۰
	درمان‌های پزشکی	S24: مقبولیت شیراز در زمینهٔ چشم پزشکی، جراحی زیبایی، قلب در کشور و منطقه	۰/۰٦۵	۲
شاخص (کدگذاری محوری)		**یوئوزیر شاخص (کدگذاری باز)**	**وزن (AHP)**	**رتبه**
ضعف‌ها	وضعیت منابع انسانی موجود در گردشگری و گردشگری سلامت	W1: عدم توجه به توسعهٔ منابع انسانی و ضعف نیروی انسانی ماهر در صنعت گردشگری و گردشگری سلامت (غیر مرتبط بودن نیروها از نظر علمی و عدم به کارگیری یا تربیت نیروهای متخصص و کارآمد در این حوزه)	۰/۰۳۱	۱۷
	سیستم	W2: عدم دسترسی بیماران به اطلاعات مربوط به هزینه‌ها، تجهیزات	۰/۰٥٦	۹

	دسترسی به اطلاعات پزشکی و گردشگری	پزشکی و استانداردهای مربوط به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در وب سایت برخی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در گردشگری پزشکی		
		W3: عدم دسترسی کافی به اطلاعات مربوط به پزشکان، متخصصان و پرستاران بیمارستان‌ها و مراکز درمانی	۰/۰۲۹	۱۸
		W4: عدم دسترسی به پیگیری درمان و مراقبت پس از ترخیص	۰/۰۶۲	٤
		W5: عدم دسترسی به اطلاعات مربوط به گردشگری در وب سایت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در گردشگری پزشکی	۰/۰۲۸	۱۹
		W6: عدم دسترسی و ثبت اطلاعات و شاخص‌های مربوط به آمار گردشگران سلامت جهت برنامه‌ریزی	۰/۰٦٥	۷
		W7: عدم وجود سیستم اطلاعات بیمارستانی یکپارچه در شیراز جهت گردشگران سلامت	۰/۰٦٥	٦
	امکانات خدماتی، زیربنایی، تاسیساتی	W8: فقدان هتل بیمارستان‌ها و مراکز اقامتی مخصوص گردشگران پزشکی در شیراز	۰/۰۸۲	۱
		W9: عدم وجود شبکه ریلی و بزرگراهی اتصال دهنده استان فارس به استان‌های جنوبی، شرقی و غربی کشور	۰/۰۲۲	۲۱
		W10:پروازهای داخلی و بین المللی محدود و عدم وجود خطوط هوایی بین مراکز استان‌ها جهت انتقال گردشگران پزشکی، عدم پرواز مستقیم از شهرهای مذهبی عراق نظیر کربلا و نجف و بصره به شیراز علی رغم ورود تعداد قابل توجه این گردشگران	۰/۰۸۱	۲
		W11: عدم وجود نمایشگاه دایمی و تخصصی در حوزهٔ گردشگری سلامت	۰/۰۲	۱۱
	قوانین	W12: ضعف قوانین مربوط به خطاهای پزشکی و فقدان نظام پاسخ گویی به گردشگران پزشکی ناراضی همچنین وجود برخی محدودیت‌ها در زمینهٔ حقوق بیمار	۰/۰۳۳	۱٦
		W13: عدم وجود قوانین مورد نیاز و جدید به علت نو بودن گردشگری سلامت و وجود برخی قوانین دست و پاگیر	۰/۰٤	۱۳
		W14: قوانین ناکارامد بیمه‌ای نظیر عدم پوشش بیمه جهت مراقبت‌های پس از درمان و عدم انجام تعهدات مالی برخی سازمان‌های بیمه گر و وجود بیمه‌های ناکارآمد داخلی	۰/۰۷۳	٥
		W15: سوء استفاده شبکه‌های زیر زمینی و ضعف قوانین درمانی در این زمینه	۰/۰۷۷	٤

	سیاستگذاری	W16: فقدان رابطهٔ منطقی میان سیاست‌های کلان در حوزهٔ گردشگری سلامت با خط مشی‌های راهبردی، اجرایی و اقدامات عملی در این حوزه (مدیریت کوتاه مدت و سطحی‌نگر و فقدان مدیریت کلان، فقدان برنامه و نظام جامع و سیستماتیک توسعهٔ گردشگری سلامت در نتیجه عدم ثبات برنامه‌ریزی این نهادها، عدم اجرای سیاست‌های اقتصاد مقاوتی جهت مقابله با تحریم‌های بین‌المللی، فقدان متولیان مشخص موازی کاری، سردرگمی و عدم وجود نهاد بین بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی، وجود بوروکراسی اداری و عدم ارائهٔ مجوز برای توسعهٔ گردشگری پزشکی)	۰/۰۷۸	۳
	زبان و ارتباطات	W17: ارتباط ضعیف صنعت گردشگری پزشکی با رسانه‌های داخلی برای نشان دادن قابلیت‌های گردشگری پزشکی، عدم هماهنگی نهادهای مرتبط با گردشگری پزشکی.	۰/۰۵۳	۱۰
	تبلیغات و بازاریابی	W18: نبـود بستهٔ گردشگری	۰/۰٤۷	۱۱
		W19: عدم تشویق قشر گردشگر سلامت داخلی جهت استفاده از امکانات اینترنت و فناوری‌های نو	۰/۰٤٤	۱۲
	درمان‌های سنتی	W20: عدم وجود برنامه مدون و دقیق طب سنتی- اسلامی در شیراز	۰/۰۲۳	۲۰
	پدافند غیر عامل	W21: عدم توجه به ارائهٔ خدمات بالینی و مشاوره‌ای به بیماران و پشتیبانی از همراهان آنان	۰/۰۳٤	۱۵
		W22: نیازهای درمانی مردم بومی و ازدحام مطبها و مراکز درمانی به واسطهٔحضور گردشگران پزشکی و در نتیجه ایجاد مشکلات روانی- اجتماعی مردم محلی	۰/۰۳۹	۱٤
عوامل خارجی:(EFE) فرصتها (O) و تهدیدها (T)				
شاخص (کدگذاری محوری)		**زیر شاخص (کدگذاری باز)**	**وزن (AHP)**	**رتبه**
فرصت‌ها	کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی	O1: وجود مراکز درمانی مدرن بین‌المللی و مناسب بودن فضای کالبدی این مراکز در شیراز نظیر بیمارستان اردیبهشت، خدادوست و پیوند اعضای بوعلی سینا	۰/۱۰٦	2
	کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران	O2: شهرت بین‌المللی پزشکان ایرانی	۰/۱۱۱	۱
	هزینه‌های درمانی و	O3: بالا بودن قیمت خدمات درمانی و گردشگری و دوره‌های درمان در کشورهای دیگر نسبت به ایران	۰/۱	3

	گردشگری			
	تبلیغات و بازاریابی	O4: وجود بازارهای هدف کشورهای عراق و حوزۀ خلیج فارس به ویژه عمان	۰/۰۹۳	٤
	زبان و ارتباطات	O5: نقش فراملّی شهر شیراز در ارائۀ خدمات برتر منطقه‌ای و ارتباطات مؤثر لار با کشورهای حاشیه خلیج فارس	۰/۰٦۱	۹
	شرایط فرهنگی	O6: مزیت مکانی منطقه و نزدیکی به کشورهای مبدا گردشگری به ویژه کشورهای ثروتمند منطقه خلیج فارس	۰/۰۹	۵
		O7: شناخت و قرابت فرهنگی- مذهبی با گردشگران پزشکی کشورهای بازار هدف	۰/۰۹۳	٤
	ابعاد اقتصادی	O8: ارزآوری و خروج از اقتصاد تک محصولی و شکننده	۰/۰۸۸	٦
		O9: افزایش فرصت‌های شغلی و ایجاد شغل‌های جدید در بخش‌های مختلف و کاهش نرخ بیکاری، رشد و توسعۀ بخش خصوصی	۰/۰۷۲	۸
		O10: روند افزایشی جذب توریسم پزشکی به شیراز به ویژه در دو سال اخیر	۰/۰۷۸	۷
		O11: فرصت توسعه و جلب سرمایه‌گذاری، افزایش مشارکت بخش خصوصی در فراهم نمودن خدمات بهداشتی-درمانی، همچنین تمایل به سرمایه گذاری در بخش گردشگری سلامت توسط سرمایه گذاران داخلی و خارجی	۰/۰۵۳	۱۱
	قوانین	O12: وجود محدودیت‌های قانونی برای انجام جراحی در کشورهای اسلامی منطقه	۰/۰۵۵	۱۰
شاخص (کدگذاری محوری)		**زیر شاخص (کدگذاری باز)**	**وزن (AHP)**	**رتبه**
تهدیدها	کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی	T1: عدم دریافت مجوزهای رسمی بین‌المللی مانند کمیسیون مشترک بین المللی (JCI) و استانداردهای کیفیت (NCQA, ESQA, ISO)	۰/۰۳۹	۱۳
		T2: عدم پوشش بیمه بین‌المللی برای بیماران خارجی به دلیل وجود موانع بر سرراه انتقال بیمه از کشورهای مبداء	۰/۰٦۳	٦
	کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران	T3: فقدان گواهینامه بین‌المللی توسط برخی پزشکان، متخصصان و پرستاران	۰/۰۳۵	۱٤
	امکانات خدماتی، زیربنایی، تاسیساتی	T4: عدم وجود تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی	۰/۰٦۱	۷
		T5: فعالیت محدود شرکتهای تسهیل‌گر و آژانس‌های گردشگری دارای مجوز از وزارت بهداشت و گردشگری در کشورهای مبداء گردشگری جهت بازاریابی در کشورهای همسایه و هدایت گردشگران	۰/۰۷۵	۲

	قوانین	T6: عدم وجود تعرفهٔ استاندارد خـدمات درمـانی برای بیماران خارجی، همچنین عدم نظارت بر اجرای صحیح تعرفه‌های پزشکی موجود و وجود قوانین ناکارآمد در زمینهٔ شفافیت قیمت خدمات درمانی و گردشگری	۰/۰۷۱	۳
	سیاست‌گذاری	T7 : ضعف سیاست‌ها و فرایندهای نظارتی در نتیجه گسترش فعالیت دلالان و واسطه گرهای غیر قانونی	۰/۰٦۸	٤
	ابعاد اقتصادی	T8: بحران اقتصادی اخیر و ریسک بالای سرمایه‌گذاری بخش خصوصی با توجه به نوسانات نرخ ارز و تحریم‌های بین‌المللی	۰/۰۳۳	۱۵
	زبان و ارتباطات	T9: پـایین بـودن تسـلط بـه زبانهای کشورهای مبداء گردشگری سلامت و بین‌المللی در بین تـیم پزشـکی و درمـانی و فقدان زیرساخت‌های اینترنتی گردشگری سلامت به زبان‌های انگلیسی، عربی و سایر زبان‌های مورد نیاز	۰/۰٤۲	۱۲
		T10: ضعف همکاری بین سفارتخانه‌ها و مراکز درمانی و عدم توافق‌نامه‌های همکاری با مراکز پزشکی بین‌المللی، ارتباط ضعیف صنعت گردشگری پزشکی با رسانه‌های برون مرزی برای نشان دادن قابلیت‌های گردشگری پزشکی شیراز	۰/۰٤٤	۱۱
	زیست محیطی	T11: مشکل آلودگی هوای ناشی از فعالیت‌های اقتصادی و صنعتی در شیراز	۰/۰۲۲	۱۹
		T12: قرار گرفتن استان فارس در پهنه زلزله‌خیزی کشور (جزو چهار استان زلزله خیز)	۰/۰۱	۲۲
		T13: مشکلات مربوط به دفع پسماندها	۰/۰۰۷	۲۳
		T14: تداوم روند خشکسالی و کاهش منابع آب	۰/۰۱۳	۲۱
	تبلیغات و بازاریابی	T15: عدم صدور ویزای پزشکی و بی‌توجهی به این امر در ایران	۰/۰۳	۱٦
		T16: عدم وجود برنامه‌های مدون جهت اطلاع‌رسانی، تبلیغات و بازاریابی، فقدان سیستم تبلیغاتی برو ن مرزی، عدم زیر ساخت قوی فناوری اطلاعات و ضعف در استفاده از تبلیغات نوین، فقدان ساختار مناسب این نوع تبلیغات جهت اعتمادسازی و جذب گردشگران خارجی در منطقه	۰/۰۸۹	۱
	پدافند غیر عامل	T17: امکان انتقال بیماری‌های واگیر و عدم وجود مراکز پاراکلینیکی مجهز و مدرن در نزدیکی مرز جهت انجام معاینات اولیه و هدایت گردشگران	۰/۰۱۸	۲۰
		T18: مهاجرت برخی پزشکان متخصص و باتجربه به کشورهای دیگر	۰/۰۲٦	۱۷
	بین‌المللی	T19: تقویت زیرساخت‌ها و رقابت شدید در حوزهٔ گردشگری پزشکی بین کشورهای منطقه به ویژه ترکیه، اردن، امارات متحده عربی	۰/۰۵۲	۱۰
		T20: تنوع بالای خدمات گردشگری پزشکی در کشورهای آسیایی فعال در حوزهٔ گردشگری پزشکی	۰/۰۵٦	۹

		T21: سرمایه‌گذاری بعضی از کشورهای رقیب نظیر هند در حوزهٔ گردشگری پزشکی کشورهای حوزهٔ خلیج فارس	۰/۰٦۵	۵
		T22: تبلیغات منفی رسانه‌های خارجی و ارائهٔ تصویری تحریف‌شده از ایران به جامعهٔ جهانی و کمبود منابع برای مقابله با این گفتمان منفی	۰/۰۵۷	۸
		T23: بی‌ثباتی سیاسی در بعضی کشورهای همسایه و گسترش تروریسم	۰/۰۲٤	۱۸

با توجه به نتایج جدول شمارهٔ ۲ انواع راهبردها ارائه و عوامل مرتبط با آن نیـز ذکـر شـده است. جهـت تعیین روابط بین انواع راهبردها در پـژوهش حاضر از تکنیـــک DEMATEL فـازی استفاده شده است.

جدول ۳. مهم‌ترین راهبردهای توسعهٔ گردشگری پزشکی در فارس

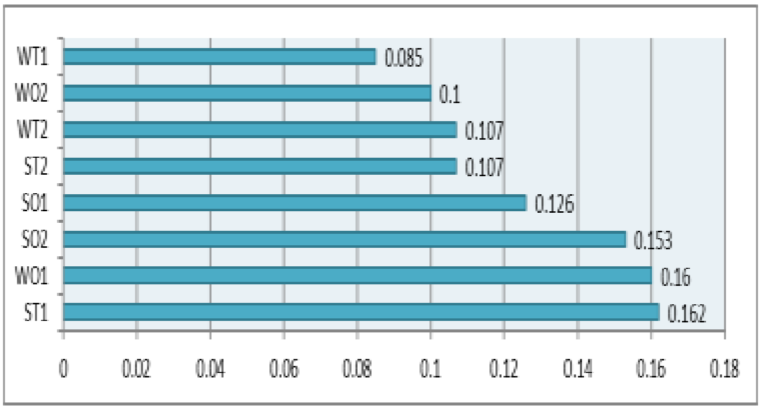
مأخذ: نگارندگان، ۱۳۹۹

راهبردهای تهاجمی (SO) و عوامل مرتبط با آن			
SO1: تمرکز و تلاش جهت ارتقاء کیفیـت و تنوع خدمات درمانی در راستای دست‌یابی به جایگاه بین‌المللی و بهبود کیفیت جاذبه‌های گردشگری و تقویت امکانات خدماتی، تأسیساتی و و زیر ساخت‌های لازم با استانداردهای بین‌المللی جهت بالا بردن رتبه خدمات برتر در این بخش و تقویت جایگاه بخش گردشگری سلامت در اقتصاد استان فارس و رقابت برای جلب رضایت مشتری و اعتماد سازی جهت جذب بیشتر گردشگران پزشکی	S1,S3,S4 S5,S6,S7 S8,S9,S1 0S11, S12 S13, S14 S15,S16 S17,S22 S23, S24 O1,O2 O3,O4 O5,O6 O7,O8 O9,O10 O11,O12	SO2 : بسترسازی احداث دهکدهٔ مدرن سلامت و بازبینی مصوبات قبلی در این زمینه با رویکردی یکپارچه با توجه به پتانسیل‌های موجود در حوزهٔ تندرستی، درمانی و پزشکی و بهبود مزیت‌های رقابتی عرضه با توجه به پتانسیل‌ها و درم ناطق ییلاقی نزدیک به کلان شهر شیراز در یک محیط طبیعی با طراحی مناسب و ایجاد شرایط رقابتی از دوره درمان و قیمت خدمات در مقایسه با سایر کشورها	S1, S2, S3,S4 S5, S6 S7,S8, S9,S10 S11,S12 S13,S14 S15,S16 S17,S18 S19,S20 S21,S22 S23,O1,O 2O3,O4,O 5O6,O7,O 8O9,O10 O11 O12
راهبردهای بازنگری (WO) و عوامل مرتبط با آن			
WO1: تدوین نقشهٔ راه و سند توسعهٔ گردشگری سلامت فارس و تهیهٔ سیاست‌ها، و قوانین مورد نیاز، طرح‌ها و برنامه‌های راهبردی در جهت پشتیبانی و حمایت از این نوع گردشگری، تشریح وظیفهٔ بخش‌های اقتصادی و نهادهای مسؤول در گردشگری سلامت جهت همبستگی، انتظام‌بخشی، رفع	W1,W6, W7,W8, W9,W10 W12,W1 3W14,W 15W16, W20 W22,O1 O2,O4,O 5O6O7, O8	WO2: طراحی و تـدوین اسـتراتژی بازاریـابی منسـجم و مؤثر با استفاده از پتانسیل شباهت‌های فرهنگی و زبانی به همراه بسته‌های متنوع گردشگری سلامت متناسب با پتانسیل و قابلیت‌های منطقه در راستای برند و تقویت شبکه حمل ونقل هوایی در	W2,W3 W4,W5 W8,W10 W11,W17 W18,W19 W21,O1 O2,O3,O4 O5 O6,O7 O8,O9,O1 0 ,O11,O12

تعارضات عملکردی و موازی‌کاری دستگاه‌های اجرایی، یکپارچه‌سازی نظام مدیریت استان در این بخش و بسترسازی مشارکت بخش خصوصی در زمینهٔ سرمایه‌گذاری	O9,O10 O11	چارچوب ارتقاء پیوندهای ملی و بین‌المللی با بازارهای هدف به ویژه حوزهٔ خلیج فارس، بصره و شهرهای مذهبی عراق	
راهبردهای تنوع (ST) و عوامل مرتبط با آن			
ST1: تدوین برنامهٔ جامع و مشخص برای شرکت‌های گردشگری و تسهیل‌گر استان در داخل و خارج کشور جهت حفظ وجهه و تقویت جایگاه قطب گردشگری پزشکی شیراز و ساماندهی گردشگری سلامت از طریق جلوگیری از فرآیندهای غیرشفاف در تبادل بیماران با بیمارستان‌ها و مراکز درمانی (ساماندهی دلالان و واسطه‌های غیرمجاز و شناسنامه‌دار کردن آنها) و انجام رایزنی‌های سیاسی و فرهنگی لازم با شرکتها و لیدرهای جهانی جهت برقراری ارتباطات دوطرفه در راستای جذب بیش از پیش گردشگران خارجی، انتقال بیماران و تدوین راهبردهای توسعهٔ بیمه تکمیلی و رفع موانع انتقال آن، انعقاد قرارداد با بیمارستان‌های بازارهای هدف	S1,S2,S3 S4,S5,S6 S7,S8,S9 S10,S11 S12, S13 S14, S15 S16, S17 S18, S19 S20, S21 S22,S23 T2 T5,T6 T7,T9 T10,T15 T16,T22	ST2: ارتقای امنیت گردشگران و افزایش احساس امنیت اجتماعی و روانی مردم محلی، ارتقای سطح فرهنگ و روحیه گردشگرپذیری و مهـارت‌ها ی علمـی (اخذ تأییده‌ها و استانداردهای بین‌المللی توسط پزشکان، متخصصان و پرستاران)، زبانی (زبان‌های بین‌المللی و مولد گردشگر) و ارتباط با بیمار خارجی جهت جلب اعتماد و وفادارسازی و مقابله با برخی تبلیغات منفی، توانمندسازی نیروی انسانی متخصص در این بخش و اتخاذ تدابیری در جهت حمایت و جلوگیری از مهاجرت متخصصان و پزشکان و جلب همکاری متخصصین ایرانی خارج از کشور.	S4, S5 S6, S8 S9,S10 S13,S15 S16,S18 S19,S21 S24,T3 T5,T6 T7,T9 T10,T17 T18,T22
راهبرهای تدافعی (WT) و عوامل مرتبط باآن			
WT1: تدوین و اجرای برنامه‌های گردشگری سلامت شیراز بر پایه ملاحظات زیست محیطی (فاصله از مراکز و کانون‌های آلایندگی و الزامی نمودن انجام مطالعات ارزیابی اثرات زیست محیطی وبرنامه‌ریزی و کنترل منابع آلایندهٔ احتمالی این برنامه‌ها و مدیریت جامع پسماندها) پایداری و پدافند غیر عامل	W4,W12 W13,W1 4W15,W 19W21, W22T6, T7T8T11 ,T12 T13,T14 T17,T18 T22,T23	WT2: توسعه و تقویت زیرساخت‌ها و استانداردهای بین‌المللی توسط مراکز ارائه‌دهندهٔ خدمات درمانی و گردشگری در حوزه‌های گوناگون به ویژه توسعهٔ فناوری اطلاعات و ارتباطات در راستای تبلیغات، ایجاد سیستم وب‌درمانی و ایجاد بانک اطلاعات پزشکی و گردشگری،	W2,W3 W4,W5 W6,W7 W11,W14 W17,W19 W21,T1 T4,T9,T10 T15 T19 T21, T22

		راه‌اندازی سیستم اطلاعات بیمارستانی یکپارچهٔ گردشگران درمانی در شیراز جهت مدیریت یکپارچه، اعتمادسازی و جذب گردشگران بازارهای هدف، ارائهٔ مشاوره پزشکی و درمانی قبل و بعد از درمان، تشویق قشر گردشگر سلامت داخلی جهت استفاده از امکانات اینترنت و فناوری‌های نو، استقرار تکنولوژی‌های نوین بانکی و تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی	

یافته‌های حاصل از تلفیق تکنیک‌های تصمیم گیری چندمعیاره با مدل SWOT، نشان داد که در خصوص اولویت‌بندی استراتژی‌ها، به ترتیب استراتژی تهاجمی (SO) در اولویت اول، استراتژی تنوع (ST) در الویت دوم و استراتژی‌های بازنگری (WO) و تدافعی(WT) به ترتیب در اولویت‌های بعدی قرار گرفتند.



شکل ٥. الویت‌بندی راهبردها جهت دستیابی به اهداف تحقیق

در نهایت به دلیل اهمیت دهکدهٔ سلامت با خدمات یکپارچهٔ مد نظر این پژوهش و ضرورت بعد پدافند غیر عامل در این دهکده، احداث مرکز پاراکلینیکی مجهز و مدرن در

مناطق مرزی دارای پتانسیل پیشنهاد گردید تا از یک طـرف مـانع ورود بـی‌رویـه گردشـگران سطوح پایین به مراکز خدماتی سطح بالاترشود و از طرف دیگر از شیوع بیماری‌های واگیـردار از کشورهای اطراف به داخل کشـور جلـوگیری شـود. بهتـرین نقطـه، جهـت احـداث مرکـز پاراکلینیک مجهز و مدرن در استان فارس (بر اساس نظر خبرگان ویافته‌های پژوهش) به سبب داشتن موقعیت گمرک هوایی و ارتباطات مؤثر با کشـورهای حاشـیهٔ خلـیج فـارس همچنـین افزایش تعداد گردشگران سلامت شهر لار می‌باشد. همچنـین بـه منظـور ظرفیـت‌سـازی بـرای توسعهٔ گردشگری بـر اسـاس معیارهـای جهـانی رقابـت در گردشـگری پزشـکی و پرهیـز از پراکنده‌کاری و جلوگیری از همپوشانی مضاعف و دوباره‌کاری، دهکدهٔ سلامت در فاصله کمتر از ۳۰ دقیقه‌ای از کلانشهر شیراز و در منطقه ییلاقی *کلستان* به عنوان کانون اصلی ارائهٔ خدمات در سطوح عالی در منطقه پنج سلامت (دهکدهٔ سلامت) پیشنهاد گردیـد. از لحـاظ جغرافیـایی، کلستان درشمال غرب شیراز و در مسیر جادهٔ *سپیدان* قرار گرفته است.



شکل ٦. مکان‌های پیشنهادی جهت احداث دهکدهٔ سلامت و مرکز مدرن پاراکلینیک در کلان منطقهٔ پنج سلامت (استان فارس)،

مأخذ: یافته‌های تحقیق

٦. نتیجه‌گیری

در این پژوهش چارجوبی از شاخص‌ها تحت عنوان شاخص‌های گسترش دهکده‌های سلامت در راستای توسعهٔ گردشگری پزشکی، با رویکرد ارائهٔ خدمات یکپارچه و مزیت رقابتی تدوین سپس به شناسایی عوامل و ارائهٔ راهبردها متناسب با ابعاد مختلف و اهداف برنامه چشم‌اندازدر آیمزه‌های مختلف در استان فارس پرداخته شدکه با توجه به نقش مهم این صنعت در اقتصاد جهانی و نیاز مبرم کشور به ارز اوری و توسعهٔ علمی و مراودات فرهنگی در صورت اعمال مدیریت توانمند و توجه ویژه بر راهبردهای حوزهٔ بازاریابی و ارتباطات، امکانات خدماتی، تاسیساتی، مدیریت و سیاستگذاری، قوانین و مقررات می‌تواند پاسخگوی طیف خدمات برتر (گردشگری پزشکی) مورد نیاز کشورهای منطقه در حوزهٔ نفوذ جنوب کشور باشد.

در خصوص فاکتورهای مرتبط با کیفیت خدمات و تسهیلات پزشکی و گردشگری به عنوان یکی از مهمترین عوامل توسعهٔ گردشگری پزشکی تفاوت این پژوهش با مطالعات مشابه بر روی سه شاخص اصلی کیفیت و تسهیلات بیمارستان، کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران، کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری تمرکز کرده است که با برنامه‌ریزی و تلاش منجر به ارتقاء کیفیت و تنوع خدمات درمانی جهت بالا بردن رتبه خدمات برتر در راستای دست یابی به جایگاه بین‌المللی و تقویت جایگاه بخش گردشگری سلامت در اقتصاد استان خواهد شد. دیگر پژوهشگران نظیر اسمیت و فورگیون (۲۰۰۷) بیشتر بر روی عوامل مربوط به کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران تأکید دارند. یو و کو (۲۰۱۲) در پژوهشی بر فاکتورهای مربوط به کیفیت و تسهیلات بیمارستان شامل استانداردهای بیمارستان و اعتبار بخشی مراکز پزشکی تاکید کرده‌اند. لیانگ، هوئی و سیا[1] (۲۰۱۷) یک مدل ساختاری را برای سه کشور جنوب شرقی آسیا یعنی سنگاپور، تایلند و مالزی با استفاده از نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده و ارزش ادراک‌شده ارائه داده‌اند و مهم‌ترین عامل در گردشگری پزشکی را کیفیت مراقبت‌های بهداشتی می‌دانند. بهار و کوزا[2] (۲۰۰۷) در

1. Liang, Hui & Sea
2. Bahar & Kozak

مطالعه‌ای بر کیفیت خدمات گردشگری شامل استاندارد بهداشت و اصول بهداشتی، کیفیت خدمات گردشگری، کیفیت غذا و آشامیدنی داخلی، ارزش کلی پول، استاندارد تأسیسات و فعالیت‌ها برای کودکان، استاندارد امکانات اقامتی (سکونتی) توجه کرده‌اند. بارتزیس، کایتلدیو، بیستاراکی و کنستانتاکپولو[1] (۲۰۲۰) در پژوهشی دلیل اصلی کیفیت روزافزون خدمات سلامت در کشورهایی که مقصد محبوب گردشگری پزشکی هستند را استفادهٔ روزافزون از فناوری مدرن پزشکی در رقابت با کشورهای پیشرفته می‌دانند که می‌تواند تجربه گردشگری پزشکی را بهبود بخشد و سهم خود را در رشد بازار رشد دهد.

با توجه به اهمیت فناوری اطلاعات و ارتباطات در بحث گسترش دهکده‌های سلامت و به تبع آن توسعهٔ گردشگری پزشکی این مبحث در این پژوهش تحت عنوان دسترسی به اطلاعات پزشکی و گرشگری تقسیم‌بندی شده است و در همین راستا ایجاد سیستم وب‌درمانی و بانک اطلاعات پزشکی و گردشگری، راه‌اندازی سیستم اطلاعات بیمارستانی یکپارچهٔ گردشگران درمانی در شیراز جهت مدیریت یکپارچه، ارائهٔ مشاوره پزشکی و درمانی قبل و بعد از درمان و امکان ثبت تجربه بیماران حایز اهمیت قلمداد شده است. در پژوهش ایونینگتیاس و آریبو نقش استراتژیک ICT در ارائهٔ خدمات یکپارچه هم برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و هم برای گردشگری بسیار مهم شمرده شده است (ایونینگتیاس و آریبو[2]، ۲۰۲۰) و از این جهت با نتایج این پژوهش همسو است. در پژوهشی دیگر توسعهٔ ICT و بازاریابی اینترنتی محور برای برنامه‌ها و فعالیت‌های تبلیغاتی عامل مهمی در انتخاب مقصد عنوان شده است (سرور، منف و امار[3]، ۲۰۱۲).

عوامل مربوط به بخش زیرساخت‌ها و مقررات در این مطالعه تحت عنوان سه شاخص امکانات زیر بنایی، خدماتی، تأسیساتی، قوانین و مقررات و سیاست‌گذاری‌ها دسته‌بندی شده است. در این حوزه تقویت شبکه حمل ونقل هوایی در چارچوب ارتقاء پیوندهای ملی و بین‌المللی با بازارهای هدف به ویژه حوزهٔ خلیج فارس، بصره و شهرهای مذهبی عراق و استقرار تکنولوژیهای نوین بانکی و تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی

---

1. Bartzis, Kaitelidou, Bistaraki & Konstantakopoulou
2. Ayuningtyas & Ariwibowo
3. Sarwar, Manaf & Omar

تهیهٔ سیاست‌ها، و قوانین مورد نیاز و جلوگیری از فرآیندهای غیرشفاف در تبادل بیماران با بیمارستان‌ها و مراکز درمانی با ساماندهی دلالان و واسطه‌های غیرمجاز و شناسنامه‌دار کردن آنها از جمله راهبردهای ارائه‌شده در این پژوهش می‌باشد. هیونگ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای محیط فیزیکی، بیمارستان‌های مجزا را به عنوان فاکتورهای زیر ساخت و سیاست‌های تبلیغاتی، نیاز به سیاست‌های جدید را در حوزهٔ سیاست‌گذاری، در توسعهٔ گردشگری پزشکی هنگ‌کنگ مهم قلمداد می‌کند. تیلاگاواتی و شانکار[1] (۲۰۱۳) در پژوهشی مبتنی بر دیدگاه مبتنی بر منابع و نظریهٔ *مزیت رقابتی پورتر* یکی از راهبردهای گردشگری پزشکی توسط مراکز درمانی را معطوف به قوانین و مقررات دولتی دانسته‌اند.

عومل ارتباطات و بازاریابی در این پژوهش شامل دو شاخص زبان و ارتباطات و تبلیغات و بازاریابی می‌باشد. در این خصوص تشریح وظیفه بخش‌های اقتصادی و نهادهای مسؤول در گردشگری سلامت جهت همبستگی، انتظام‌بخشی، رفع تعارضات عملکردی و موازی‌کاری دستگاه‌های اجرایی، یکپارچه‌سازی نظام مدیریت استان همچنین طراحی و تدوین سیستم تبلیغاتی برون‌مرزی کشورهای هدف و استراتژی بازاریابی منسجم و مؤثر با استفاده از پتانسیل شباهت‌های فرهنگی و زبانی به همراه بسته‌های متنوع گردشگری می‌تواند حایز اهمیت باشد. یانگ (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای در بحث بازاریابی به تبلیغات، موقعیت‌یابی برند، مدل قیمت گذاری، کانال بازاریابی توجه ویژه دارد؛ و چم و همکاران (۲۰۲۰) به اهمیت جنبه‌های اجتماعی و بازاریابی برای ایجاد چهرهٔ تجاری در بیمارستان‌های فعال در گردشگری پزشکی و در نتیجه، تصویر برند توجه می‌کنند(چم و همکاران، ۲۰۲۰).

عوامل محیطی مرتبط با توسعهٔ گردشگری پزشکی در این پژوهش شامل دو شاخص شرایط فرهنگی و موقعیت زیست‌محیطی می‌شود. تدوین و اجرای برنامه‌های گردشگری سلامت شیراز بر پایهٔ ملاحظات زیست محیطی (فاصله از مراکز و کانون‌های آلایندگی و الزامی نمودن انجام مطالعات ارزیابی اثرات زیست‌محیطی وبرنامه‌ریزی و کنترل منابع آلایندهٔ احتمالی این برنامه‌ها و مدیریت جامع پسماندها) پایداری و پدافند غیر عامل عنوان می‌تواند در این

1. Thilagavath & Shankar

راستا حائز اهمیت باشد. اولشا و انادولب[1] (۲۰۱٦) در مطالعه‌ای به شناسایی و تحلیل عوامل زیست محیطی کلان و خرد در بازار گردشگری پزشکی پرداخته و شرایط طبیعی را جز عوامل کلان در نظر می‌گیرد. برخی محققان نظیر فتشیرین و استفانو[2] (۲۰۱٦) شناخت فرهنگی و بهار و کوزا (۲۰۱۷) بُعد فاصله را به عنوان شاخص‌های مهم در این حوزهٔ قلمداد می‌کنند.

عوامل مربوط به هزینه‌ها در این مطالعه تحت عنوان دو شاخص هزینه‌های پزشکی و هزینه‌های گردشگری تقسیم‌بندی شده‌اند. سطح پایین هزینه‌های درمانی و گردشگری در ایران نسبت به کشورهای مجاور مهم‌ترین نقطه قوت و عدم شفافیت قیمت‌ها به عنوان مهم‌ترین نقطه ضعف گردشگری ایران به تبع شیراز در این پژوهش می‌باشد. یه و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای مبتنی بر نظریهٔ *رانشی کششی* یکی از عوامل انگیزشی گرشگران درمانی را بحث هزینه‌ها می‌دانند که از این جهت همسو با این پژوهش می‌باشد.

در این مطالعه روش‌ها و پروسیجرهای درمانی شامل سه شاخص درمان‌های طبیعی، طب مکمل و پزشکی می‌شود. هر چند شیراز در اکثر حوزه‌های تخصصی به ویژه در زمینهٔ چشم پزشکی، جراحی زیبایی، قلب و پیوند در کشور و منطقه دارای مقبولیت است اما عدم وجود برنامهٔ مدون و دقیق برای سایر درمان‌ها (درمان‌های طبیعی و طب سنتی- مکمل) با توجه به نیاز روز دنیا و رقابت در این حوزه از مهم‌ترین موانع ذکر شده است بر همین اساس بسترسازی احداث دهکدهٔ مدرن سلامت و بازبینی مصوبات قبلی در این زمینه با رویکردی یکپارچه با توجه به پتانسیل‌های موجود در حوزهٔ تندرستی، درمانی و پزشکی و بهبود مزیت‌های رقابتی عرضه با توجه به پتانسیل‌ها و درمناطق ییلاقی نزدیک به کلان شهر شیراز در یک محیط طبیعی با طراحی مناسب ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا از جمله عوامل تعیین‌کنندهٔ موفقیت یک کشور به عنوان مقصد گردشگری پزشکی، مکان‌های ویژه‌ای است که به واسطهٔ مجموعهٔ تفریحی، درمانی اسپاها ایجاد شده است (آکسینوا[3] و همکاران، ۲۰۲۰) و در دسترس نبودن درمان جدید نیز باعث تجربهٔ خدمات پزشکی در خارج از کشور می‌شود (وراسنتورن و بیسی زی، ۲۰۱۰).

1. Ulaş & Anadol
2. Fetscherin & Stephano
3. Aksenova

کتاب‌نامه

۱. ابراهیمی، م.، طیبی ابوالحسنی س. ا. ح.، و رستمی، م. (۱۳۹۷). بازار گردشگری پزشکی در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران: کاربست خوشه‌بندی. *مجلهٔ مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۵*(۳)، ۱۱۹-۱۱٤.

۲. ادارهٔ گردشگری سلامت. (۱۳۹۸). *وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی*. تهران.

۳. اسعدی، م.، باصولی م.، برومندزاد ی.، و درخش س. (۱۳۹۸)، توسعهٔ گردشگری سلامت با رویکرد کیفی نگاشت شناختی. *پایش، ۱۸*(۵)، ٤٦٤-٤٥٥.

٤. چکیده مطالعات آمایش فارس. (۱۳۹۷). *سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان فارس*. شیراز.

٥. حسین‌پور، ر.، و ریاحی، ل. (۱۳۹۷) .رابطهٔ قابلیت‌های گردشگری پزشکی درمانی با میزان جذب توریست در استان اردبیل. *مجلهٔ سلامت و بهداشت، ۹*(۲)، ۱۷۱-۱٥۹.

٦. حسینی، س. س.، و تقوایی، م. (۱۳۹۹). تدوین و ارزیابی شاخص‌های سیاست‌گذاری و قوانین گردشگری پزشکی در ایران: یک مطالعهٔ کیفی و کمی. مجلهٔ اخلاق زیستی، *۱۰*(۳٥)، ۱٤-۱.

۷. سالنامهٔ آماری استان فارس. (۱۳۹٦). *سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان فارس*. شیراز.

۸. فتح‌اللهی، ف.، و استعلاجی، ع. ر. (۱۳۹۸). مکان‌یابی دهکده سلامت در شهرستان رامسر با از مدل‌های AHP و.VIKOR . *فصلنامهٔ جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)، ۹*(۳)، ٥٤٥-٥۳۳.

۹. فولادی، ن.، حبیب‌زاده، ش.، براری، س.، علی‌محمدی اصل، ح.، همایون‌فر، ن.، و نعمتی، ع. (۱۳۹۷). بررسی عوامل مؤثر بر سفر درمانی به ایران از دیدگاه گردشگران آذربایجانی در سال ۱۳۹٥. *مجلهٔ سلامت و مراقبت، ۲۰*(۳)، ۲٦۰-۲٥۲.

۱۰. زارعی، ق.، و زارعی، ح. (۱۳۹۸). شناسایی عوامل مرتبط با افزایش مدت اقامت گردشگران تندرستی در سرعین. *نشریهٔ مدیریت اطلاعات سلامت، ۱٦*(٥)، ۲۲۱-۲۱٤.

۱۱. میرانی، ن.، و اسدزاده، ا. (۱۳۹۷). بررسی نقش کیفیت نهادی بر توسعهٔ صنعت گردشگری پزشکی در ایران: رویکرد الگوریتم جستجوی گرانشی و الگوریتم کرم شب تاب. *فصلنامهٔ علمی نظریه‌های کاربردی اقتصاد، ٥*(٤)، ۳۰-۱.

۱۲.ناصرپور، م.، موسوی، س. ن.، و سپهوند، ر. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر عوامل غیردرمانی بر توسعهٔ گردشگری سلامت. *فصلنامهٔ گردشگری و توسعه، ۷*(۳)، ۲۱۲-۱۹٥.

13. Aksenova, E. I., Petrova G. D., Chernyshev, E. V., & Yudina, N. N. (2020). Recreational potential of medical tourism of Russia. *Problemy Sotsial'noi Gigieny, Zdravookhraneniia I Istorii Meditsiny*, *28*, 1180-1185.
14. Alleman, B. W., Luger, T., Reisinger, H. S., Martin, R., Horowitz, M. D., & Cram, P. (2011). Medical tourism services available to residents of the United States. *Journal of General Internal Medicine*, *26*(5), 492–497.
15. Ayuningtyas, D., & Ariwibowo, D. A. (2020). The strategic role of information communication technology in succeeding medical tourism. *Enfermeria Clinica*, *30*(Suppl 6), 170–173.
16. Azadi, F., Maleki, M., Tabibi, S. J., & Azmal, M. (2012). A medical tourist perception of Iranian hospital quality: Limited employee foreign language skills negatively impact communication. *International Journal of Hospital Research*, *1*(2), 85–90.
17. Bahar, O., & Kozak, M. (2007) Advancing destination competitiveness research: comparison between tourists and service providers. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, *22*(2), 61-71.
18. Ban, H. J., & Kim, H. S. (2020). Applying the modified health belief model (HBM) to Korean medical tourism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(10), 36-46.
19. Bartzis, G., Kaitelidou, D., Bistaraki, A., & Konstantakopoulou, O. (2020). Factors affecting medical tourism destination selection in Greece. *Studies in Health Technology and Informatics*, (272), 314–317.
20. Beerli, A., & Martín, J. D. (2004). Tourists' characteristics and the perceived image of tourist destinations: A quantitative analysis da case study of Lanzarote, Spain. *Tourism Management*, *25*(5), 623-636.
21. Buse, K., & Hawkes, S. (2015). Health in the sustainable development goals: Ready for a paradigm shift? *Globalization and Health*, *11*(1), 1-13.
22. Caballero, D. S., & Mugomba, C. (2006). *Medical tourism and its entrepreneurial opportunities-a conceptual framework for entry into the industry* (Unpublished master´s thesis). School of Business, Economics and Law, Goteborg University.
23. Carrera, P. M., & Bridges, F. P. (2006). Globalization and healthcare: Understanding health care and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, *6*, 447-454.
24. Chakraborty, J. (2006). *Medical tourism: A growth engine for foreign exchange earnings*. Retrieved from https://www.grin.com/document/87957
25. Cham, T. H., Lim, Y. M., Sia, B. C., Cheah, J. H., & Ting, H. (2020) Medical tourism destination image and its relationship with the intention to revisit: A study of Chinese medical tourists in Malaysia. *Journal of China Tourism Research*, *17*(2), 1-29.
26. Choi, H. C., & Turk, E. S. (2011). Sustainability indicators for managing community tourism. In M. Budruk & R. Phillips (Eds.), *Quality-of-life*

community indicators for parks, recreation and tourism management (pp. 115-140). Dordrecht: Springer.

27. Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H., & Kim, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study. *Journal of Business Research, 57*(8), 913-921.
28. Cohen, I. G. (2010). Medical tourism: The view from ten thousand feet. *Hastings Centr Report, 40*(2), 11–12.
29. Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, *34,* 1-13.
30. Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and … surgery. *Tourism Management*, *27*(6), 1093 –1100.
31. Crooks, V. A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India: messages, images, and the marketing of international patient travel. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Social Science Media*, *72*(5), 726-732.
32. Dang, H. S., Nguyen, T. M. T., Wang, C. N., Day, J. D., & Dang, T. M. H. (2020). Grey system theory in the study of medical tourism industry and its economic impact. *Intenational Journal of Environmnet Reserach Public Health*, *17*(3), 9-61.
33. Daykhes, A. N., Jakovljevic, M., Reshetnikov, V. A., & Kozlov, V. V. (2020) Promises and hurdles of medical tourism development in the Russian federation. *Frontier Psychology*, *23*(11), 13-80.
34. De la Hoz-Correa, A., Muñoz-Leiva, F., & Bakucz, M. (2018). Past themes and future trends in medical tourism research: A co-word analysis. *Tourism Management, 65*, 200–211.
35. Deloitte, L. L. P. (2008). *Medical tourism*: *Consumers in search of value*. Retrieved from http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/
36. Diez Pisonero, R. (2013). Brand city and geo marketing: How to Promot. Destination in the global tourist competition. *International Journal of Humanities and Social Science, 3*(14), 103-113.
37. Fetscherin, M., & Stephano, R. M. (2016). The medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management, 52,* 539-556.
38. Fisher, C., & Sood, K. (2014). What is driving the growth in medical tourism? *Health Mark Quarterly*, *31(*3), 246-262.
39. Fourie, J., & Santana-Gallego, M. (2011). The impact of mega-sport events on tourist arrivals. *Tourism Management, 32*(6), 1364-1370.
40. Gallarza, M. G., Saura, I. G., & García, H. C. (2002). Destination image: Towards a conceptual framework. *Annals of Tourism Research, 29*(1), 56-78.
41. Gan, L. L., & Frederick, J. R. (2011). Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation. *Journal of Vacation Marketing*, *17*(3), 165–183.

42. Gill, H., & Singh, N. (2011). Exploring the factors that affect the choice of destination for medical tourism. *Journal of Service Science and Management*, *4*(3), 315–324.
43. Glinos, I. A., Baeten, R., & Maarse, H. (2010). Purchasing health services abroad: Practices of cross border contracting and patient mobility in six European countries. *Health Policy*, *95*(2-3), 103–112.
44. Gunn Glare, A. (1979). *Tourism planning*. New York: Crane Russak.
45. Hadian, M., Jabbari, A., Mousavi, S. H., & Sheikhbardsiri, H. (2019). Medical tourism development: A systematic review of economic aspects. *International Journal of Healthcare Managemen*, *14*(2), 576-582.
46. Hall, M. (2011). Publish and perish? Bibliometric analysis: Journal ranking and the assessment of research quality in tourism. *Tourism Management*, *32*(1), 16-27.
47. Henderson, J. C. (2004). Healthcare tourism in Southeast Asia. *Tourism review International*, 7(3-4), 111–121.
48. Heung, V. C., Kucukusta, D., & Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*, *32*, 995-1005.
49. Horowitz, M., Rosensweig, J., & Jones, C. A. (2007). *Medical tourism: Globalization of the healthcare marketplace, Meds cape General Medicine*, *9*(4), 33-42.
50. Hosseini, S. S., Tagvayi, M., Ataev, Z. V., & Bratkov, V. V. (2020). Problems and prospects of creating health tourism villages as a potential for developing medical tourism in the Islamic Republic of Iran (Case study: Yazd province). *South of Russia: Ecology, Development*, 15(3), 97-116.
51. International Medical Travel Journal. (2017). *Medical travel and tourism, global market report*. Retrieved from https:// www.imtj.com.
52. Kim, S., Arcodia, C., & Kim, I. (2019). Critical Success Factors of Medical Tourism: The Case of South Korea. *Internationa Journal of Environment* Reserach *Public Health*, *16*(24), 4964.
53. Klímová, B., & Kuča, K. (2020). Medical tourism: Its research and implications for public health. *Central European Journal of Public Health*, *28*(3), 226-229.
54. Lagiewski, R., & Myers, W. (2008). *Medical tourism: Perspectives and applications for destination development American collage of Management and Technology*. Retrieved from http://scholarworks.rit.edu/other/683
55. Lee, J., & Kim, H. B. (2015). Success factors of health tourism: Cases of Asian tourism cities. *International Journal of Tourism Cities*, *1*(3), 216-233
56. Lee, C. W., & Li, C. (2019). The process of constructing a health tourism destination index. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(22), 4579.

57. Lee, J., Kearns, R. and Friesen, W. (2010). Seeking affective healthcare: Korean immigrants' use of homeland medical services. *Health and Place*, *16*(1), 108-115.
58. Liang, Z. X., Hui, T. K., & Sea, P. Z. (2017). Is price most important? Healthcare tourism in Southeast Asia. *Tourism Geographies*, *19*(5), 823-847.
59. Lovelock, B., & Lovelock, K. (2018). We had a ball as long as you kept taking your painkillers just how much tourism is there in medical tourism? Experiences of the patient tourist. *Tourism Managemet*, *69,* 145–154.
60. Lundberg, D. E. (1980). *The Tourist Business*. (4th ed.). Boston: Chahners Book.
61. Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Stephen, T., Horsfall, D., & Mannion, R. (2011). Medical tourism: Treatments, markets and health system implications: A scoping review.Retrieved from https://pure.york.ac.uk/
62. Mahendradhata, Y. (2019). Proceed with caution: Potential challenges and risks of developing healthcare tourism in Indonesia. *Global Public Health*, *14*(3), 340-50.
63. Mayakul, T., Kiattisin, S., & Prasad, R. A. (2018). Sustainable medical tourism framework based on the enterprise architecture design: The case in Thailand. *Journal of Green Engineering*; *8*(3), 359-88.
64. Momeni, Kh., Janatib, A., Imanic, A., & Khodayari-Zarnaqb, R. (2018). Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: A qualitative study, *Tourism Management*, *69*, 307–316.
65. Mueller, H., & Kaufmann, E. L. (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, *7*(1), 5-17.
66. Nilashi, M., Samad, S., Manaf, A., Ahmadi, H., Rashid, T. A., Munshi, A., …, & Ahmed, O. H. (2019). Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: A DEMATEL-Fuzzy TOPSIS approach. Comput. *Computers & Industrial Engineering*, *137*(43), 1-11.
67. Pan, T. J., & Chen, W. C. (2014). Chinese medical tourists—their perceptions of Taiwan. *Tourism Management*, *44*, 108–112.
68. Pearce, D. (1981). *Tourism development*. New York: Longman.
69. Piazolo, M., & Zanca, N. (2010). The economics of medical tourism: A case study for the USA and India. *8th International Conference on Management*, Enterprise and Benchmarking, June 4-5, Budapest, Hungary.
70. Reddy, S. G., York, V. K., & Brannon, L. A. (2010). Travel for treatment: Students' perspective on medical tourism. *International Journal of Tourism Research*, *12*, 510–522.
71. Robinson, M. (2005). Niche tourism: An introduction. In M. Novelli (Ed.), *Niche tourism: Contemporary ideas, trends, and cases* (pp. 1–11). Burlington, MA: Elsevier.
72. Sandberg, D. S. (2017). Medical tourism: An emerging global healthcare industry. *International Journal of Healthcare Management*, *10*(4), 281-288.

73. Sarantopoulos, I., Katsoni, V., & Geitona, M. (2015). Supply side investigation of medical tourism and ICT use in Greece. *Procedia-Socical Behavioral Science, 148*, 370–377.
74. Sarwar, A. A., Manaf, N. A., & Omar, A. (2012). Medical tourist's perception in selecting their destination: A global perspective. *Iranian Journal of Public Health, 41*(8), 1–7.
75. Smith, P. C., & Forgione, D. A. (2007). Global outsourcing of healthcare: A medical tourism decision model. *Journal of Information Technology Case Application Research, 9*, 19-30.
76. Smith, M., & Puczko, L. (2009). *Health and wellness tourism*. Oxford: Jordan Hill.
77. Suess, C., Baloglu, S., & Busser, J. A. (2018). Perceived impacts of medical tourism development on community wellbeing. *Tourism Management, 69*, 232-245.
78. Suthin, K., Assenov, I., & Tirasatayapitak, A. (2007). Medical tourism: Can supply keep up with the demand. Proceedings of the 5th APac-CHRIE and the *13th Asia Pacific Tourism Association Joint Conference*; May 2-27, Beijing, China.
79. Teh, I. (2007). Healthcare tourism in Thailand: Pain ahead? *Asia Pacific Biotech News, 11*(8), 493–497.
80. Thilagavathi, K., & Shankar, Ch. (2013). Medical tourism research: A conceptual framework of emerging business strategies in healthcare industry. *Proceedings of International Conference on Tourism Development*, Retrieved from https://core.ac.uk/download/pdf/83543886
81. Turner L. (2011). Medical tourism and the global marketplace in health services: U.S. patients. *International Hospitals, and the Search for Affordable Health Care, 40*(3), 443-467
82. Ulaş, D., & Anadol, Y. (2016). A case study for medical tourism: Investigating a private hospital venture in Turkey. *Anatolia, 27*(3), 327–338.
83. Veerasoontorn, R., & Beise-Zee, R. (2010). International hospital outshopping: A staged model of push and pull factors. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing, 4*(3), 247–264.
84. World Health Organization. (2015). *MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals*. Retrieved from https:// www.un.org/ millenniumgo
85. Yang, Y. S. (2013). Key success factors in medical tourism marketing. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 3*(3), 152-158.
86. Ye, B. H., Qiu, H. Z., & Yuen, P. P. (2011). Motivations and experiences of Mainland Chinese medical tourists in Hong Kong. *Tourism Management, 32*, 1125–1127.
87. Ye, B. H., Yuen, P. P., Qiu, H. Z., & Zhang, V. H. (2008). Motivation of medical tourists: An exploratory case study of Hong Kong medical tourists.

Asia Pacific Tourism Association (APTA) Annual Conference, Bangkok, Thailand.
88. Yu, J. Y., & KO, T. G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, *33*, 80–88.
89. Zarei, A., & Maleki, F. (2018). Asian medical marketing: A review of factors affecting Asian medical tourism development. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism, 20*(1), 1-16.
90. Zolfagharian, M., Rajamma, R. K., Naderi, I., & Torkzadeh, S. (2018). Determinants of medical tourism destination selection process. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, *27*(7), 775-794.